

TRABAJOS LIBRES

BÁSICOS

01

SÍNDROME DE RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES CON OBESIDAD INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA DIAGNOSTICADOS POR ÍNDICE HOMA Y MARCADORES CLÍNICOS

José Alberto Hernández-Martínez,* Ma. Eugenia Ibarzábal-A.,**
Martha Helena Ramos-Ostos*

*Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento,

**Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Médica Sur.

Introducción. La obesidad es sin duda el factor de riesgo más importante para el desarrollo del síndrome de resistencia a la insulina y, posteriormente, diabetes mellitus tipo 2 en pacientes genéticamente predispuestos. La resistencia a la insulina es la característica principal de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y ésta habitualmente precede al desarrollo clínico de la enfermedad por 10 a 20 años. Este síndrome es altamente prevalente en Estados Unidos de Norteamérica y América Latina. **Objetivo.** Mostrar una población de pacientes con obesidad infantil y de la adolescencia que tiene síndrome de resistencia a la insulina diagnosticado con el índice HOMA y marcadores clínicos. **Material y métodos.** En la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria de noviembre 2006 a noviembre 2012 se evaluaron 73 pacientes con obesidad infantil o sobrepeso, todos menores de 18 años; de esa población, 16 pacientes fueron diagnosticados con síndrome de resistencia a la insulina según el índice HOMA y marcadores clínicos. La obesidad se definió de acuerdo con el criterio de la Academia Americana de Pediatría según el índice de masa corporal (IMC) > centil 95. El índice HOMA-IR modelo de homeostasis para la valoración de la resistencia a la insulina. Síndrome metabólico según la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AACE). **Resultados.** La edad tuvo un rango de siete a 17 años, 11 pacientes tenían 12 o más años. De 16 pacientes con síndrome de resistencia a la insulina, 14 pacientes tenían un Índice HOMA > 3.2, en dos pacientes índice HOMA < 3.2, dislipidemia en nueve pacientes, hiperuricemia seis pacientes, hipertensión arterial en tres pacientes. Los 16 pacientes presentaban acantosis *nigricans* (marcador específico de resistencia a la insulina), antecedentes hereditarios positivos (diabetes, obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia) y síndrome metabólico. El IMC en siete pacientes fue de 25 a 30 kg/m², en nueve pacientes fue de 31 a 48 kg/m². Hubo siete pacientes más sólo con marcadores clínicos que no fueron incluidos en esta muestra. **Conclusión.** El síndrome de resistencia a la insulina puede identificarse con el índice HOMA-IR, que comparable en certeza diagnóstica con el índice de sensibilidad cuantitativa denominado como QUICKI. Y se completó el diagnóstico con marcadores clínicos como acantosis *nigricans* y dislipidemias.

02

PREVALENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* UTILIZANDO EL MÉTODO DIAGNÓSTICO 13C- UREA PRUEBA DE ALIENTO: EXPERIENCIA EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA, CLÍNICA MÉDICA SUR

Carlo Andrés Briones-Torres, Xochitl Mauricio Villegas,
Gregorio Alcazar González, Adriana Mendoza Noguez,
José C. Pérez Jáuregui.

Laboratorio de Patología Clínica, Médica Sur.

Introducción. *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es una infección de distribución mundial, con un alta tasa de morbi-mortalidad, siendo la causa principal de la dispepsia no ulcerosa, úlcera gástrica y tumores gástricos, incluyendo el maltoma. La prevalencia del *H. pylori* está disminuyendo en países desarrollados, aunque sigue siendo elevada en los países en desarrollo, donde se ha visto que la infección ocurre desde la infancia. Existen diversos métodos diagnósticos que varían en sensibilidad y especificidad, además de requerir procedimientos invasivos. La prueba de aliento de ureasa es una prueba sencilla no invasiva que evidencia la infección activa con alta sensibilidad y especificidad, con 93% en ambos casos. **Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo-observacional, usando la base de datos del sistema de información del LPC de enero 2005 a noviembre 2013. Un total de 2,395 pacientes acudieron por vez primera a realizarse la prueba de ureasa en aliento. **Resultados.** De los 2,395 pacientes se obtuvieron 626 resultados positivos (26.25%). Se encontró que los pacientes mayormente infectados están entre los 50 y 60 años de edad (6.3%). Se denota que la incidencia es mayor en el sexo femenino (15.65%) que en el masculino (10.48%). **Conclusiones.** En México se tiene una alta prevalencia de pacientes infectados con *H. pylori*. Como se demuestra en esta revisión, la mayoría de los infectados son adultos y principalmente mujeres. Con esta prueba disponible en el laboratorio tenemos la oportunidad de hacer un diagnóstico rápido y oportuno.

03

LA PROTEÍNA 14-3-3 Y PROTEÍNA TAU COMO MARCADOR BIOQUÍMICO EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS DE ORIGEN NO DETERMINADO: EXPERIENCIA EN LABORATORIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DE MÉDICA SUR

Carlo Andrés Briones-Torres, Juan Antonio Echeverría-Vargas,
Víctor M. Noffal-Nuño, José Pérez-Jáuregui,
Guillermo García-Ramos

Laboratorio de Patología Clínica, Médica Sur.

Introducción. El estándar de oro para el diagnóstico de estas enfermedades neurodegenerativas de origen no determinado es la biopsia cerebral; sin embargo, se han desarrollado nuevas técnicas que apoyan el diagnóstico de la misma. Una de éstas es la detección de marcadores proteicos en LCR, siendo la proteína 14-3-3 (S95%-E93%) y la proteína Tau (S93%-E91) las de principal importancia. **Material y métodos.** Se llevó a cabo una búsqueda retrospectiva-observacional, usando la base de datos del sistema de información del Laboratorio de Patología Clínica de Médica Sur de enero 2008 hasta diciembre 2013 de todas las pruebas solicitadas de la proteína 14-3-3 y Tau en LCR. **Resultados.** De 89 pruebas solicitadas, 42 resultaron positivas (proteína 14-3-3) (47.2%), de las cuales 69% correspondieron a mujeres con un promedio de edad de 55.7 años (29-73). El 31% correspondió a hombres con un promedio de edad de 59.76 años (36-72). El valor promedio de la proteína Tau en los pacientes positivos fue de 9,640 pg/mL (SD + 18,184 pg/mL). **Conclusión.** En el contexto de pacientes con demencia de origen no determinado se debe tomar en consideración la realización de la prueba 14-3-3 y Tau, ya que su presencia se correlaciona altamente en enfermedad por priones. En México no se encuentra bien documentada la incidencia de estas enfermedades debido al complicado diagnóstico que las caracteriza; sin embargo, los marcadores bioquímicos son de gran utilidad por no ser procedimientos *post mortem*.

04

PREVALENCIA DE VIRUS RESPIRATORIOS UTILIZANDO PCR EN TIEMPO REAL PARA SU DETECCIÓN: EXPERIENCIA EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA MÉDICA SUR

Adriana Mendoza-Noguez, Gregorio Alcazar-González, Carlo A. Briones-Torres, Víctor Manuel Noffal-Nuño, José C. Pérez-Jáuregui
Laboratorio de Patología Clínica, Médica Sur.

Introducción. Las infecciones respiratorias agudas virales son causa importante de hospitalización de niños y adultos mayores. Actualmente, las pruebas diagnósticas para estas infecciones incluyen la detección del ácido nucleico viral por técnicas de biología molecular, más sensibles y específicas en comparación con pruebas convencionales como la serología. El área de Diagnóstico Molecular del Laboratorio de Patología Clínica de Médica Sur, LPC, realiza la detección por la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real de 16 virus respiratorios: parainfluenza 1, 2, 3 y 4, adenovirus, influenza A, influenza B, rinovirus A/B/C, metapneumovirus, bocavirus 1/2/3/4, coronavirus 229E, NL63 y OC43, enterovirus, virus sincitial respiratorio (VSR) A y B. **Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo-observacional, usando la base de datos del sistema de información del LPC de enero 2013 a enero 2014. Se analizaron un total de 228 pacientes en búsqueda de virus respiratorios utilizando el kit RV16 de Seegene®. **Resultados.** De 228 pacientes, 114 resultaron positivos (50%), obteniendo coinfección en 37% de estos. Los virus con mayor prevalencia fueron: rinovirus (27.1%), influenza A (15.6%), VSR A (12%) y adenovirus (10.8%). El 94.6% de los casos positivos fueron pacientes hospitalizados y 5.4% ambulatorios, de los cuales 49.5% eran de un mes a 18 años y el resto mayores de 18 años. La prevalencia en hombres fue de 55.8% y en mujeres de 44.2%. **Conclusiones.** Es de gran importancia para el LPC contar con pruebas específicas, sensibles y rápidas que le permita apoyar al médico en la toma de decisiones y así administrar el tratamiento más adecuado.

05

ESTIMACIÓN DE LA TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR (TFG), ESTUDIO RETROSPECTIVO EMPLEANDO CREATININA SÉRICA. CRITERIO KDIGO 2012

Xochitl Mauricio-Villegas, Víctor M. Noffal-Nuño, Carlo A. Briones-Torres, José C. Pérez-Jáuregui
Laboratorio de Patología Clínica, Médica Sur.

Introducción. Se considera enfermedad renal crónica (ERC) cuando se tiene TFGe < 60 mL/min/1.73m² (categoría G3a-G5) y presencia de daño renal, asociado a proteinuria. A causa de la alta prevalencia de estadios tempranos de la ERC en la población general y para identificar oportunamente a estos sujetos, la Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) recomienda que los laboratorios clínicos estimen y reporten la TFGe utilizando ecuaciones predictivas a partir de la creatinina sérica. **Objetivo.** Estimar la tasa de filtración glomerular (TFG) en pacientes ambulatorios. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo y transversal. Se analizaron resultados de creatinina sérica de pacientes ambulatorios, hombres y mujeres ≥ 18 años, de enero 2011 a diciembre 2013, de la base de datos de resultados del laboratorio. Aplicando la fórmula MDRD se calculó la TFGe para clasificar a los pacientes en las diferentes categorías de ERC. **Resultados.** Se evaluaron 116,287 resultados de creatinina (52.7% F, 47.3% M). El 2.7% de ellos, dentro de las categorías de ERC G4 (gravemente disminuido) y G5 (insuficiencia renal). El 8.9% de los resultados (10,395) cayeron dentro de las categorías G3a y G3b que identifican a los pacientes con tasas de filtración leve a moderadamente disminuidas. Estos estadios son reversibles todavía. **Conclusiones.** El número de pacientes con ERC en pacientes ambulatorios es elevado. Los resultados sugieren que el reporte por el laboratorio de la TFGe permitiría detectar un número importante de casos de ERC incipiente, permitiendo el beneficio de los pacientes al ofrecerles un diagnóstico y tratamiento oportuno.

06

ALTERACIONES METABÓLICAS Y PRESENCIA DE GINGIVITIS EN PACIENTES QUE ACUDEN A CHECK UP EN EL CENTRO INTEGRAL DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Héctor Damián Torres-Rodríguez, María Cruz López-González, Martha Helena Ramos-Ostos
Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento, CIDyT, Médica Sur.

Introducción. Los efectos de las complicaciones metabólicas de la obesidad no son del todo claros; a menudo es difícil establecer una relación causal con enfermedades y otras regiones como la cavidad bucal. Hoy en día muchos artículos no han podido establecer afirmaciones definitivas sobre la relación entre determinados factores sistémicos y la enfermedad periodontal (gingivitis), para una serie de condiciones sólo existen reportes de casos, mientras que en otras áreas existe extensa literatura al respecto. En el pasado, la gingivitis se ha asociado con alteraciones como diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares o nacimiento prematuro. Recientemente, algunos estudios han sugerido que la gingivitis podría también estar asociada con un aumento de marcadores de inflamación sistémica, dislipidemia, alteraciones en la glucosa sérica posprandial y la disfunción endotelial.

Objetivos. Determinar la relación de alteraciones metabólicas y la presencia de gingivitis en pacientes de check up que acudieron al Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento. **Material y métodos.** Se analizaron los resultados obtenidos del check up de pacientes ($n = 3788$) con hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia e hiperglucemia, así como datos de salud bucal. Para este estudio se tomaron en cuenta los datos de laboratorio obtenidos de las muestras sanguíneas y las revisiones bucales realizadas dentro del check up. Como factor dependiente se utilizó el diagnóstico de gingivitis observado. Para el análisis estadístico se realizó la prueba de χ^2 y una regresión logística con el paquete estadístico JMP versión 11. **Resultados.** Se observó que aquellos pacientes con triglicéridos altos tienen una mayor probabilidad de presentar gingivitis dando una $r^2 = 0.0013$, O.R. 1.00-6.78, una $p = 0.0098$ y una χ^2 de 6.66. Para los niveles de glucosa, colesterol total, colesterol HDL y LDL no se presentaron asociaciones estadísticamente significativas. **Conclusión.** Este estudio mostró una relación entre el aumento de triglicéridos y el desarrollo de gingivitis. En comparación con otros estudios, llama la atención que no se encontró relación con niveles altos de glucosa u otros estados de alteración metabólica. Los resultados anteriormente reportados podrían estar determinados por características de esta muestra y el diseño metodológico.

07

OBESIDAD Y TEJIDO ADIPOSO COMO FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A CHECK UP EN EL CENTRO INTEGRAL DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, MÉDICA SUR

María Cruz López-González, Héctor Damián Torres-Rodríguez, Martha Helena Ramos-Ostos
Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento, CIDyT, Médica Sur.

Introducción. La obesidad está asociada causalmente con pérdida de la salud al ser un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, enfermedades osteoarticulares, algunos tipos de cáncer y otras enfermedades donde el impacto en la salud en general está bien documentado. Sin embargo, poco se sabe de las manifestaciones de la enfermedad relacionadas con la salud bucal, principalmente la enfermedad periodontal. Existe evidencia de que la obesidad se asocia con el aumento de la enfermedad periodontal, pero no hay datos fehacientes al respecto. Los estudios realizados hasta la fecha no han encontrado un patrón consistente de asociación entre la obesidad y la gingivitis. Por lo tanto, aunque la obesidad puede ser un factor de riesgo en el desarrollo de ésta, la literatura actual no es concluyente para establecer una asociación convincente. **Objetivos.** Determinar la relación entre obesidad y la presencia de gingivitis en pacientes que acuden a check up al Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento. **Material y métodos.** Se analizaron los resultados obtenidos del check up de pacientes que cumplían con los criterios para este estudio, obteniéndose variables de salud relacionadas con el estado de nutrición y salud bucal. Para este estudio se evaluó el peso, la talla y el porcentaje de grasa corporal por medio de impedancia bioeléctrica utilizando báscula clínica (Tanita). Se midió circunferencia de cintura utilizando una cinta métrica de fibra de vidrio (Seca). Como factor dependiente se utilizó el diagnóstico de gingivitis observado por un odontólogo que realizó una exploración bucal. Para el

análisis estadístico se realizó la prueba χ^2 y una regresión logística con el paquete estadístico JMP versión 11. **Resultados.** Se observó que la circunferencia de cintura (CCI) ($n = 3,715$) y el porcentaje de grasa ($n = 3,719$) se asocian con la presencia de gingivitis. Una cintura > 90 cm en hombres y 80 cm en mujeres presentó un O.R. de 1.21 con un I.C. al 95% de 1.04-1.42, mostrando asociación significativa ($p \leq 0.0106$). Al no existir un punto de corte establecido para el porcentaje de grasa y al encontrarse esta asociación, se decidió hacer análisis de regresión lineal entre la CCI y el porcentaje de grasa y la presencia de gingivitis dando una $r^2 = 0.0016$, O.R. 1.008-3.13 con una $p < 0.0001$ y una χ^2 de 8.30 para la CCI y una $r^2 = 0.0036$, O.R. 1.01-3.46 con una $p < 0.0001$ y una χ^2 de 18.52 para el porcentaje de grasa. **Conclusión.** Los resultados de este estudio muestran que la asociación entre obesidad y el desarrollo de enfermedad periodontal, específicamente gingivitis es estrecha, lo cual concuerda con otros estudios realizados en otras poblaciones.

08

EL RECEPTOR NUCLEAR FXR AUMENTA LA EXPRESIÓN GÉNICA DE LOS TRANSPORTADORES DE ÁCIDOS BILIARES EN LA ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA

Jorge A. López-Velázquez, Vicente Sánchez-Valle, Karen V. Silva-Vidal, Freddy Chablé-Montero, Norberto C. Chávez-Tapia, Misael Uribe-Esquivel, Nahúm Méndez-Sánchez
Unidad de Hígado, Fundación Clínica Médica Sur.

Introducción. En la actualidad, debido a las cifras alarmantes de obesidad en el mundo, la enfermedad por hígado graso no alcohólico (HGNA) se ha convertido en una condición clínica con una alta prevalencia y con diversos desenlaces. Recientemente, como parte de los mecanismos fisiopatológicos, se han asociado a los ácidos biliares (AB) en la progresión de diversas hepatopatías crónicas. Los AB juegan un papel importante en el metabolismo lipídico, y la homeostasis depende de los mecanismos que regulan la síntesis, el transporte y la acción biológica que ejercen en sus receptores a nivel hepático. **Objetivo.** Investigar la expresión de los receptores nucleares farnesoide (FXR) y hepático (LXR), del heterodímero pequeño (SHP), la bomba cotransportadora de sodio taurocolato (NTCP) y de la bomba exportadora de sales biliares (BSEP) en biopsias hepáticas de pacientes con diagnóstico de HGNA. **Material y métodos.** Se analizaron 40 biopsias de pacientes con diagnóstico de HGNA (desde 2009 hasta 2012), las cuales fueron clasificadas histopatológicamente de acuerdo con el espectro de la enfermedad (20 con esteatosis simple y 20 con esteatohepatitis no alcohólica). La expresión génica de FXR, LXR, NTCP, SHP y BSEP fue analizada por PCR en tiempo real. **Resultados.** A partir de 40 pacientes (51% mujeres y 49% hombres) con una media de edad en 52.4 ± 14 años. El 40% de la muestra presentó síndrome metabólico, 65% sobrepeso y/o obesidad, 24% diabetes, 73% hipertrigliceridemia, 38% hipercolesterolemia, 38% hipertensión arterial; mientras que 54, 56 y 65% mostraron elevaciones en las enzimas hepáticas AST, ALT Y GGT, respectivamente. FXR, SHP, NTCP y BSEP mostraron un mayor nivel de expresión en las biopsias con NASH en comparación con las biopsias con esteatosis simple ($p < 0.01$) (Figura 1). **Conclusión.** Los resultados sugieren que el receptor nuclear FXR regula positivamente la expresión génica del heterodímero SHP, y los transportadores de sales biliares NTCP y

BSEP en pacientes con NASH, lo cual probablemente se relacione con el grado de daño característico de la progresión de esteatosis simple hacia esteatohepatitis.

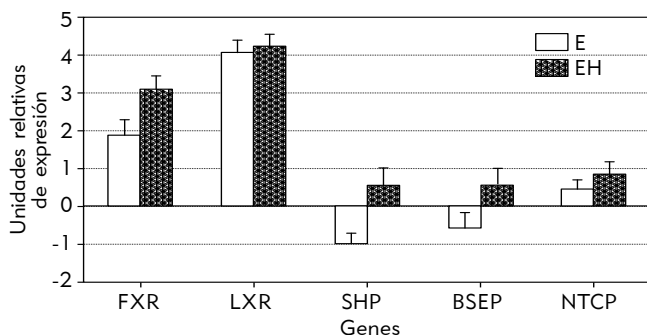


Figura 1. 08. Expresión génica de FXR, SHP, NTCP y BSEP en biopsias de pacientes con NASH vs. esteatosis simple.

09

ASPERGILLOSIS PULMONAR EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS, NO-VIH

Juan Antonio Echeverría-Vargas, Bárbara Valdivia-Correa, Scarlett Fest-Parra, Karina Hernández-Ayala, I. Roberto De la Peña-López, Rafael Valdez-Vázquez
Medicina Interna, Médica Sur.

La aspergillosis pulmonar invasiva representa una temible complicación en pacientes críticamente enfermos, especialmente en aquellos que se encuentran inmunocomprometidos. La neutropenia secundaria a agentes inmunosupresores constituye el factor de riesgo más importante para el desarrollo de aspergillosis pulmonar. El uso reciente de anticuerpos monoclonales ha incrementado de manera importante la incidencia de casos que presentan infecciones fúngicas invasivas. Se describe un caso de aspergillosis pulmonar invasiva con desenlace fatal en un paciente con inmunocompromiso, secundario a uso de rituximab y esteroides. Masculino de 75 años, con antecedentes de HTA, DM tipo 2, cardiopatía isquémica, ERC secundaria a glomeruloesclerosis focal y segmentaria, con diagnóstico de síndrome de Fisher-Evans en marzo de 2013, en tratamiento con rituximab y dexametasona. Ingresó el 14 de enero 2014 por cuadro de insuficiencia respiratoria y hemoptisis, diagnosticándose neumonía asociada a cuidados de la salud, de focos múltiples, con un patrón tomográfico alveolo-intersticial. Se inició manejo antiviral y antimicrobiano empírico y posteriormente se reportó en panel viral de expectoración positividad para influenza A y coronavirus. Se realizó desensibilización a sulfas ante sospecha de *P. Jirovecci*, posteriormente se reportó el crecimiento de hongo filamentoso, iniciándose amfotericina B; sin embargo, presentó deterioro clínico, motivo por el cual se firmó consentimiento de no reanimación. El paciente falleció el 30 de enero 2014 y se notificó reporte definitivo de identificación de hongo como *Aspergillus sp.* Ante el uso de nuevas terapias inmunológicas se debe considerar el riesgo y el beneficio que las mismas conllevan y cada paciente debe ser individualizado para el uso de las mismas.

10

FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS DE GRANULOCITOS PARA LA FALLA HEPÁTICA CRÓNICA AGUDIZADA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

Victoria Omelas-Arroyo, Desirée Vidaña-Pérez, Guadalupe Delgado-Sánchez, Indira Mendiola-Pastrana, Eva Juárez-Hernández, Nahúm Méndez-Sánchez, Misael Uribe-Esquivel, Norberto Chávez-Tapia
Servicio de Enfermedades Digestivas y Obesidad, Médica Sur

Introducción. La falla hepática crónica agudizada se asocia con un alta incidencia de mortalidad a corto y largo plazo. Actualmente, el trasplante de hígado ortotópico es el único tratamiento definitivo para los pacientes con falla hepática crónica agudizada. Modelos animales de falla hepática han demostrado que el factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) acelera el proceso de regeneración hepática y mejora la supervivencia. **Objetivo.** Evaluar los beneficios y efectos adversos del uso de G-CSF en pacientes con falla hepática crónica agudizada. **Material y métodos.** La búsqueda se realizó en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE y LILACS hasta noviembre 2013. Se buscaron manualmente las referencias de los estudios identificados. Se seleccionaron ensayos clínicos controlados aleatorizados que compararan el uso de G-CSF contra el uso de placebo o la no intervención en pacientes con falla hepática crónica agudizada. Tres autores de manera independiente evaluaron la calidad de los ensayos, el riesgo de sesgo y efectuaron la extracción de datos. **Resultados.** Se incluyeron dos ensayos con un total de 102 pacientes. Uno de los ensayos comparó el uso de G-CSF vs. placebo. El segundo ensayo comparó el uso de G-CSF vs. la no intervención. En comparación con el grupo control, el grupo que recibió G-CSF presentó una reducción significativa en la mortalidad a corto plazo (OR0.23, 95% IC 0.10 a 0.55). No se demostró ninguna diferencia significativa en la mortalidad secundaria a sangrado gastrointestinal entre los dos grupos (OR 1.53, 95% IC 0.45 a 5.21). Los efectos secundarios reportados incluyeron: fiebre, rash, herpes zóster, cefalea y náusea. **Conclusión.** El uso de G-CSF en pacientes con falla hepática crónica agudizada reduce de manera significativa la mortalidad a corto plazo.

11

FACTORES ASOCIADOS A LA CONFIABILIDAD DE LA ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA

Martha Helena Uribe-Ramos, Eva Juárez-Hernández, Sofía Omelas-Arroyo, Angélica Yanine López-Ramírez, Leticia Carolina González-Rodríguez, Martha Helena Ramos-Ostos, Nahúm Méndez-Sánchez, Misael Uribe-Esquivel, Norberto C. Chávez-Tapia
Servicio de Enfermedades Digestivas y Obesidad, Médica Sur

Introducción. La elastografía transitoria (ET) es un método no invasivo para la evaluación de fibrosis en enfermedades hepáticas; su confiabilidad es variable y los factores asociados a la precisión aún no han sido identificados completamente. **Objetivos.** Determinar los factores asociados con la confiabilidad de la ET. **Material y métodos.** Se analizaron 2,033 estudios de ET, realizados entre 2009 y octubre 2013. La confiabilidad se determinó de acuerdo con el rango intercuartil/mediana (IQR/M) siendo confiables cuando IQR/M < 0.3 y extremadamente confiables cuando IQR/M < 0.1. Se determinó el porcentaje de éxito (< 60%), el tiempo en que se realizaron los procedimientos y el tamaño de sonda seleccionada. Los factores que podían afectar la confiabilidad se analizaron mediante análisis multivariado de regresión logística. **Resultados.** La muestra incluyó 872 mujeres (42.9%), el promedio de índice de masa corporal fue de 27.9 ± 4.5 kg/m², la prevalencia de fibrosis avanzada fue de 26%; 83% de los estudios fueron confiables. Los factores asociados con obtener estudios fallidos pertenecieron al género femenino, así como utilizar el tamaño de sonda incorrecto, y virus de hepatitis C; los estudios no confiables se asociaron con la tasa de

éxito y el realizarse durante un ensayo clínico, los estudios extremadamente confiables se asociaron con realizar más de 10 mediciones, enfermedades hepáticas crónicas y tasa de éxito > 60%. **Conclusión.** El operador, las características clínicas y antropométricas del paciente son factores que influyen en el éxito y la confiabilidad de la elastografía transitoria. Mejorar la calidad de procedimiento es necesario en la práctica clínica para ofrecer mayor precisión en los diagnósticos.

12 DETECCIÓN DE FIBROSIS AVANZADA POR MÉTODOS NO INVASIVOS EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

Norberto Chávez-Tapia, Eva Juárez-Hernández, Angélica Yanine López-Ramírez, Sandra Ramírez-Álvarez, Leticia González-Rodríguez, Martha Helena Ramos-Ostos, José Pérez-Jáuregui, Nahúm Méndez-Sánchez, Misaél Uribe-Esquivel
Servicio de Enfermedades Digestivas y Obesidad, Médica Sur

Introducción. La enfermedad hepática grasa no alcohólica es una de las causas más comunes de enfermedades crónicas hepáticas, comprende varias etapas, que van desde esteatosis, esteatohepatitis, fibrosis y cirrosis. Actualmente no existe evidencia que demuestre cuáles de los métodos no invasivos de fibrosis hepática tienen mejores resultados en la práctica clínica. **Objetivos.** Deter-

minar la efectividad de los marcadores no invasivos para la detección de fibrosis avanzada en pacientes con diagnóstico de esteatosis hepática. **Material y métodos.** Se aleatorizaron pacientes con esteatosis hepática a cinco grupos: grupo A: control; grupo B: información detallada de fibrosis hepática; grupo C: NAFLD score; grupo D: NAFLD score y fibroscan; grupo E: fibroscan. Se realizaron seguimientos telefónicos para determinar qué estrategia para la detección de fibrosis favorece la atención con especialistas, la realización de otros marcadores de fibrosis avanzada y el tratamiento farmacológico en estos pacientes. **Resultados.** Se aleatorizaron 819 pacientes, 77.9% (491) correspondiente al género masculino, el promedio de índice de masa corporal fue de: 30.46 ± 3.6 . La prevalencia de fibrosis avanzada fue de 2.31%. En comparación con los grupos en los que no se realizó algún marcador no invasivo, la determinación de fibrosis por fibroscan (9.37%), así como la combinación de éste con NAFLD score (6.6%), mostraron mayor efectividad en la detección de fibrosis avanzada ($p = 0.0001$ y $p = 0.013$, respectivamente). No se encontró asociación significativa entre alguna intervención y la atención especializada. El grupo que recibió material educativo, así como la combinación de métodos de detección, mostraron tendencia para favorecer el tratamiento farmacológico ($p = 0.07$). **Conclusión.** La prevalencia de fibrosis avanzada en pacientes con hígado graso no alcohólico es elevada, la determinación por medio de fibroscan y su combinación con NAFLD score ofrece mayor efectividad de diagnóstico.

CIRUGÍA

13 USO DE ESTABILIZADOR INTERESPINOZO EN LA CIRUGÍA DE DISCO LUMBAR

José Domingo Pérez-Pérez
Unidad de Ortopedia, Médica Sur

Introducción. Las enfermedades degenerativas de la columna vertebral y del disco intervertebral son tan antiguas como la misma humanidad y tienden a ser más frecuentes en la misma medida que aumente la expectativa de vida de las poblaciones. La cirugía de la hernia de disco lumbar tiende también a evolucionar, perfeccionando sus técnicas, instrumentos y auxiliares de diagnósticos, con el objeto de garantizar al paciente un alivio objetivo y permanente del dolor minimizando así las posibles complicaciones y recaídas. Recientemente se ha incorporado la posibilidad de utilizar cuando es preciso, una gama de dispositivos para la estabilización interespinosa de la columna vertebral con el objeto de evitar el colapso del espacio intervertebral y secundariamente la compresión radicular e inestabilidad vertebral segmentaria. **Material y métodos.** Se incluyeron 25 pacientes, distribuidos por sexo en 19 hombres y seis mujeres, que fueron sometidos a cirugía para hernia de disco lumbar entre octubre 2007 y noviembre 2013, cuyas edades que al momento de la cirugía estaban comprendidas entre los 26 y 48 años, con media aritmética de 37.6 años con historia clínica de dolor lumbociático hasta de un año de evolución que recibieron previamente manejo conservador, sin respuesta terapéutica adecuada. El dolor pre y postoperatorio fue valorado mediante escala visual análoga, y su duración oscilaba entre tres y 12 meses, se documentó la presencia de hipoestesia en territorio de L5 y debilidad para la extensión del dedo gordo del pie en la mayoría de estos

pacientes con signo de Lassegue positivo, dificultad para la marcha de talones y valsava positivo. Se aplicaron instrumentos de medición el inventario breve del dolor (BPI), el cuestionario De Roland-Morris para valoración de discapacidad por lumbalgia, así como el cuestionario para calidad de vida SF-36. Se estudiaron mediante radiografías simples de la columna lumbar AP y lateral con el paciente en bipedestación y descalzo y se incluyeron proyecciones dinámicas en flexión y extensión. También fueron valorados estudios de resonancia magnética en los que se reportaron diferentes grados de patología herniaria discal como abombamientos, protrusiones y extrusiones. Se consideraron como criterios de exclusión la cirugía lumbar previa, aquellos pacientes con lesiones discales en niveles múltiples y aquellos casos con patología discal L5-S1 en quienes está contraindicada la colocación del espaciador por criterios anatómicos en este segmento. **Objetivo.** Determinar la eficacia de los dispositivos de estabilización interespinosa como coadyuvantes en la cirugía de liberación radicular lumbar por procesos degenerativos discales. **Resultados.** A veintidós pacientes con síntomas unilaterales se les realizó descompresión unilateral mediante hemilaminectomía, discoidectomía, foraminotomía y liberación de la raíz afectada. A los tres restantes con sintomatología clínica bilateral, se le realizó descompresión bilateral. Se encontraron 22 pacientes con lesión L4-L5 y tres pacientes con lesión L3-L4. Los 25 pacientes fueron tratados con estabilizador interespinoso tipo WALLYS sobre el nivel lesionado, corroborando el nivel adecuado mediante imagen radiográfica digital trans-operatoria. El tiempo quirúrgico osciló entre 60 y 105 min con media de 96 min, reportándose sangrado transquirúrgico de 60 a 100 mL aproximados. Todos los pacientes se incorporaron a caminar con uso de faja lumbar a las 24 h del postoperatorio y su estancia hospitalaria duró de tres a cinco días. Cuatro pacientes presentaron durante la

manipulación quirúrgica fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR), que fue oportunamente reparado con puntos de sutura primarios, y también fueron incorporados a la deambulación a las 24 h de la cirugía. Se utilizó drenaje tipo drenovac colocado en el plano fascio-muscular de 24 a 36 h y el criterio para retirarlo fue el aspecto serohemático de la secreción y el volumen < 50 mL en 24 h. Actualmente los 25 pacientes están satisfechos con el resultado final, con ausencia total de dolor, integrados a sus actividades laborales a partir de la cuarta semana de la operación, ningún paciente requirió ser reintervenido, no se presentó luxación del estabilizador interespinoso y los arcos de los movimientos en flexión-extensión, rotación y lateralización de la región lumbar son completos a partir de la sexta semana del postoperatorio. **Conclusiones.** Es bien sabido que el alivio inmediato del dolor radicular que sigue a la cirugía del disco lumbar herniado asegura un excelente resultado de las técnicas convencionales; sin embargo, un grupo de pacientes regresa al cabo de un tiempo con reagudización y aparición de dolor o síntomas de claudicación neurogénica explicados en parte por el colapso intersomático y de nueva cuenta compresión radicular. En pacientes jóvenes y con demanda de actividad física, siempre y cuando su lesión sea un solo nivel de afección, se considera útil la colocación de un dispositivo de espaciado interespinoso que parece coadyuvar el buen resultado postoperatorio. Sin embargo, es importante establecer que la técnica quirúrgica requiere de una curva de aprendizaje y la decisión final respecto a la utilización de dispositivos interespinoso vertebral en la cirugía de disco lumbar será tomada de acuerdo con los criterios del cirujano. De cualquier manera, el seguimiento a largo plazo de este grupo de pacientes será objeto de evaluación ulterior y sus resultados deberán ser analizados objetivamente luego de un seguimiento más prolongado de esta población.

14 COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA ASOCIADA A CUCI

Ricardo Ray Huacuja-Blanco, Alejandro Díaz-Girón-Gidi
Unidad de Cirugía General, Médica Sur

Caso clínico. Paciente masculino de 58 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia: hipertensión arterial sistémica (2003), colitis ulcerativa crónica inespecífica (2004) que requirió proctocolectomía total con íleo-ano anastomosis y reservorio ileoanal, postoperado de colecistectomía abierta en 2005. Inició su padecimiento actual cuatro días antes de su ingreso con cuadro caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en mesogastrio con irradiación a hipocondrio derecho, de intensidad moderada, acompañado de distensión abdominal, evacuaciones disminuidas en consistencia y fiebre cuantificada en hasta 39.3 °C, astenia, adinamia y mialgias. A la exploración física FC 112 lpm, FR 14 rpm, TA 140/70 mmHg, SaO₂ 96%, T° 39.3 °C, palidez generalizada de tegumentos, cavidad oral y mucosas deshidratadas, campos pulmonares y exploración cardiaca sin ruidos ni soplos agregados, abdomen distendido, peristalsis aumentada en intensidad y frecuencia, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio e hipogastrio, sin datos de irritación peritoneal, el resto sin alteraciones. Laboratorios con Hgb 17.2 g/dL, Hto 52%, Leu 11.7, Neu absolutos 10.5, Na 133, K 3.66, Cl 100, CO₂ 22.4, Gluc 134, BUN 8.3, Cre 1.28, tiempos de coagulación y EGO sin alteraciones. Se realizó TAC de abdomen simple en la cual únicamente se reportaron cambios compatibles con colecistectomía previa y proctocolectomía, así como cambios degenerativos en columna

vertebral y calcificaciones aórticas. Se ingresó a piso con manejo analgésico y antibiótico; sin embargo, un día después persistía con la sintomatología, con aumento de dolor abdominal y agregándose ictericia conjuntival, por lo mismo se tomaron pruebas de función hepática reportando BT 7.38, BD 3.25, BI 4.13, ALT 184, AST 79, FA 136, GGT 533, DHL 126. Se realizó USG de abdomen superior en el que se encontró esteatosis hepática difusa y ectasia de la vía biliar intra y extrahepática sin identificar sitio de obstrucción. Posteriormente, se realizó colangiografía magnética en la cual se reportó estenosis segmentaria del tercio medio del conducto colédoco con tejido engrosado en su periferia asociado a dilatación ampulosa en su tercio distal, dilatación retrógrada de la vía biliar, quiste simple en el borde superior de la cabeza del páncreas y cambios inflamatorios pericapsulares renales. Debido a estos hallazgos se decidió realizar USG endoscópico complementario, así como CPRE con toma de biopsias, encontrando múltiples estenosis segmentarias de la vía biliar intra y extrahepática. El reporte de la biopsia transendoscópica de colédoco reportó fragmentos de epitelio biliar con metaplasia mucinosa e inflamación crónica leve, sin datos de malignidad. Se realizó el diagnóstico definitivo de colangitis esclerosante primaria, como manifestación extraintestinal de CUCI, el paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta a los seis días de internamiento.

15 SIGMOIDECTOMÍA Y RECONEXIÓN INTESTINAL LAPAROSCÓPICA, TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA

Alejandro Díaz Girón-Gidi,* Noel Salgado-Nesme,**
Francisco Vélez-Pérez,* Luis Alberto Espino-Urbina,**
Hugo Alberto Luna-Torres,** José Manuel Correa-Rovelo*
**Unidad de Cirugía, Médica Sur. **Departamento de Cirugía de Colon y Recto, INCMNSZ.*

Caso clínico. Masculino de 72 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia: pólipo adenomatoso de colon tratado con polipectomía, gastritis erosiva aguda diagnosticada por endoscopia en julio 2009, en tratamiento actual con omeprazol. Antecedente de enfermedad diverticular de colon tres años previos, sin eventos previos de diverticulitis. Padecimiento actual: inició padecimiento aproximadamente 10 días previos a su ingreso con dolor abdominal tipo cólico, difuso predominantemente en hemiabdomen izquierdo, y fosa iliaca izquierda, sin irradiaciones, de intensidad 5/10 sin náusea ni vómitos, que no cedía tras la automedicación con mebeverina, por lo que acudió con médico tratante quien prescribió ciprofloxacino; posteriormente presentó progresión de los síntomas de forma abrupta, llegando a intensidad 8/10, por lo que acudió al Servicio de Urgencias para valoración. Al interrogatorio dirigido negó fiebre, cambio en hábitos intestinales, náusea o vómito. Exploración física: alerta, orientado, Glasgow 15, adecuada coloración de piel y tegumentos, buen estado de hidratación, cráneo y cuello sin alteraciones, tórax normolíneo, simétrico, con movimientos de amplexión y amplexación simétricos; a la percusión claro pulmonar, campos pulmonares bien ventilados, sin estertores ni sibilancias, ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad, sin soplos; abdomen blando, distendido, depresible, doloroso a la palpación media y profunda de fosa iliaca izquierda, rebote positivo en FII. Signo de Murphy (-), Giordano (-) McBurney (-). A la auscultación, peristalsis normal en intensidad y frecuencia, sin resistencia muscular. Resto sin alteraciones. Estudios de laboratorio y gabinete: Labs: hb 15.5, hto 45.6, pla 158, leu 10.3, neu abs

8.8, linf abs 1, tp 10.9, inr 0.99, glc 103, bun 25.3, creat 0.88, ac ur 3.34, na 136, p 3.32, alb 2.67, bt 0.82, alt 38, ast 23, fa 35, ggt 81, dhl 164. Tac simple de abdomen cambios en la grasa a nivel de sigmoides y colon descendente, absceso pélvico tabicado, inflamación de grasa perirrenal bilateral, lito en tercio medio de unión. pielocaliceal izquierda. Diagnóstico: diverticulitis Hinchey III. Tratamiento: hemicolectomía izquierda y colostomía por laparoscopia (29 de mayo 2013), reconexión intestinal laparoscópica 02 de diciembre 2013.

16

NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA EN ALTERACIONES FACIALES. PROGNATISMO

Aída F. López-Paredes,* Yesid J. Bolívar-Flores,**
Guillermo Castorena-Arellano***

*Unidad de Cirugía Maxilofacial, **Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva, ***Unidad de Anestesiología, Médica Sur

Introducción. La cirugía ortognática es una práctica quirúrgica que involucra una precisa evaluación, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de crecimiento y desarrollo óseo facial. Específicamente hablando del prognatismo mandibular existen técnicas quirúrgicas descritas desde 1848 por el Dr. S.P. Hullhen, en 1957 por Trauner y Obwegeser, Epker, y Bell (1968), evolucionando hasta nuestros días. **Objetivo.** Aportar una nueva técnica quirúrgica minimizando las osteotomías, con resultados similares, disminuyendo la morbilidad. **Material y métodos.** Tomografía 3-D volumétrica, estereolitografía, cefalometría, ortopantomografía, modelos de estudio, fotografías intra-orales, fotografías extra orales, arco facial. **Resultados.** Se diseñó el procedimiento quirúrgico en la cefalometría, los modelos de estudio y estereolitografía. Diseñando guías quirúrgicas para realizar las osteotomías en el paciente con el objetivo de obtener el resultado quirúrgico planeado. Los resultados fueron satisfactorios, con estética facial, oclusión ortognática, conservando la función de la articulación temporomandibular, sin lesión del nervio mandibular, sin cicatrices faciales y satisfacción del paciente. **Conclusiones.** Es una técnica quirúrgica alternativa para la reducción de prognatismo mandibular, en los casos en los que para lograrlo se necesitan varias osteotomías mandibulares.

17

ANGIOPLASTIA SUB-INTIMAL ANTERÓGRADA PARA SALVAMENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON ISQUEMIA CRÍTICA

Ignacio Escotto-Sánchez, Anaya S.E, Sougarret G.B, González D.N.
Clínica Vasculat, Unidad de Cirugía, Médica Sur

Introducción. La isquemia crítica de las extremidades inferiores se puede presentar hasta en 48% de los pacientes diabéticos con enfermedad arterial periférica. Es la causa de amputación de miembros pélvicos más frecuente en este grupo de pacientes diabéticos, y asociada a enfermedad renal terminal en fase de hemodiálisis tiene una sobrevida menor a 27% a cinco años, lo cual complica mucho la estrategia a seguir para revascularizar estas extremidades con la finalidad de evitar su pérdida. La angioplastia trans-luminal percutánea es una opción en pacientes con lesiones estenóticas cortas, pero tiene resultados muy variables en términos de salvamento de extremidad en lesiones oclusivas y largas tanto por abajo como por arriba de rodilla como habitualmente más de 64%

de estos pacientes presentan. **Objetivo.** Evaluar una serie corta de casos tratados por cirugía endovascular para salvamento de extremidad en pacientes con diabetes mellitus e isquemia crítica a los cuales se les realizó revascularización y angioplastia mediante técnica sub-intimal anterógrada. **Material y métodos.** Se revisaron los expedientes de 13 pacientes diabéticos con isquemia crítica, de los cuales ocho pacientes con un total de 10 extremidades inferiores fueron tratados mediante angioplastia subintimal anterógrada. **Resultados.** En siete extremidades inferiores, el segmento afectado fue la arteria femoral superficial, en cinco casos estaba asociada a lesiones de la arteria poplítea y en tres casos había afección únicamente de las arterias tibiales y arcos plantares y en cuatro casos estaba asociado a lesiones del segmento fémoro-poplítea. La angioplastia sub-intimal tuvo éxito técnico en nueve casos, de los cuales ocho tuvieron salvamento de extremidad a los seis meses, seis a los nueve y 12 meses. Se realizaron tres procedimientos de amputación menor y dos amputaciones supracondílea. La sobrevida libre de amputación a los 12 meses fue de 76% y la tasa de permeabilidad primaria fue de 89%. La sobrevida general fue de 100% a 12 meses. El índice de cicatrización fue de 3.8 meses \pm 0.8. En cuatro casos se utilizó el sistema VAC y manejo avanzado de curación de heridas. Todos los pacientes fueron tratados en el postoperatorio con cilostazo, aspirina y/o clopidogrel. Ninguno estuvo anti-coagulado y todos recibieron estatinas en el postoperatorio. **Conclusiones.** La angioplastia subintimal anterógrada para salvamento de extremidad inferior en paciente con isquemia crítica y diabetes mellitus es un procedimiento adecuado con resultados aceptables en términos de salvamento de extremidad y menor morbi-mortalidad asociada a los procedimientos quirúrgicos abiertos convencionales.

18

GUÍA QUIRÚRGICA PARA LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES DENTALES

Aída F. López-Paredes,* A. Carolina Rosales-López**
*Unidad de Cirugía Maxilofacial, **Unidad de Odontología Protopodancia.

Introducción. Es complejo lograr paralelismo al colocar uno o varios implantes dentales, maxilares o mandibulares, independientemente del sistema de implantes que se utilice. El estándar de oro para la colocación de implantes está disponible desde hace muchos años en diversas casas comerciales a un costo elevado y gran inversión de tiempo. **Objetivo.** Lograr una alternativa de guía quirúrgica de muy bajo costo, de pronta elaboración, con la que sea posible la adecuada ubicación de los implantes (paralelismo, angulación) sin lesionar estructuras vitales, sin realizar colgajos, con heridas quirúrgicas de 3 a 6 mm, facilitando su rehabilitación protésica en función y estética. **Material y métodos.** La guía quirúrgica que se presenta se ha utilizado en la colocación de 100 implantes dentales de diversas casas comerciales. Criterios de inclusión: necesidad de uno o varios implantes dentales, independientemente de su localización u origen de la pérdida dental (infecciones, tumores, traumatismos, etc.), edad entre 12 y 81 años, ambos sexos con o sin necesidad de reconstrucción ósea o de tejidos blandos con autoinjertos o aloinjertos. Criterios de exclusión: enfermedades metabólicas o endocrinas descompensadas. Perfil preoperatorio, ortopantomografía, tomografía volumétrica 3D. **Resultados.** En los pacientes en los cuales se usó esta guía quirúrgica se obtuvo una adecuada colocación de los implantes, teniendo en cuenta paralelismo, angulación, profundidad, distancia entre diente e implante, o entre implante e implante, además de

valorar disponibilidad ósea y grosor de la mucosa. **Conclusiones.** Con este método se obtuvo adecuado paralelismo, angulación, profundidad, distancia entre implantes o diente e implante, minimizando morbilidad. Con una rehabilitación protésica estética y funcional. El método tuvo un costo significativamente menor que el de guías quirúrgicas existentes, con resultados similares.

19

GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE ANGIODISPLASIAS GÁSTRICAS: REPORTE DE UN CASO

Francisco Vélez-Pérez,* Fredy Chablé-Montero,** Eduardo Cerda-Contreras,*** Alejandro Díaz-Girón,* Carlos López-Caballero,* Ricardo Ray Huacuja-Blanco,* Eduardo Villegas-Tovar,* Mario González-Chávez,* Gonzalo Ramón-Lemus*

*Unidad de Cirugía General, **Anatomía Patológica, ***Departamento de Gastroenterología y Endoscopia, Médica Sur

Caso clínico. Femenino 72 años de edad, infección por virus de hepatitis C (VHC) 2009, diabetes mellitus (DM) de larga evolución, hipertensión arterial sistémica (HAS) de larga evolución 2010, sangrado de tubo digestivo alto (STDA) secundario a gastritis erosiva por consumo de medicamentos. Padecimiento actual. Astenia, adinamia, ataque al estado general, palidez de piel y tegumentos, evacuaciones melénicas, STDA. Motivo de ingreso. Anemia, Hb (hemoglobina) 7.1 g/dL, descenso de Hb hasta 5.3 g/dL, STDA. Estudios de extensión. Octubre 2013, panendoscopia: ectasias vasculares antrales, tratadas con argón plasma a 30 watts 2 L/min, sin evidencia de hipertensión portal. Diciembre 2013, panendoscopia: evidencia de re-sangrado en capa a nivel de antro gástrico a pesar de tratamiento con argón plasma. Tratamiento: antrectomía laparoscópica en Y de Roux.

20

CONTENIDO INUSUAL DEL SACO HERNIARIO. HERNIAS RARAS O POCO COMUNES

Gonzalo Manuel Torres-Villalobos, José Manuel Correa-Rovelo, Mario Andrés González-Chávez, Carlos López-Caballero, Angélica Yanine López-Ramírez, Humberto Hidalgo-Ibarra
Unidad de Cirugía General, Médica Sur

Introducción. Las hernias raras de pared abdominal se denominan así por lo infrecuente de su presentación y por el contenido inusual de su saco. En este grupo pueden incluirse: a) La hernia de Amyand (apéndice vermiforme inflamado dentro de un saco herniario inguinal), b) Hernia de Garengot (presencia del apéndice vermiforme en una hernia femoral), c) Hernia de Littre [divertículo de Meckel (persistencia de la parte intestinal de conducto onfalomesentérico, comunicación entre el saco vitelino y el intestino primitivo medio) en el interior de cualquier orificio herniario], d) Hernia de Petit [evaginación de peritoneo o saco, con o sin contenido visceral (grasa retroperitoneal, colon, intestino delgado o riñón) a través del triángulo de Petit o triángulo lumbar inferior], e) Hernia de Grynfeltt-Lesgaft [evaginación de peritoneo o saco, con o sin contenido visceral (grasa retroperitoneal, colon, intestino delgado o riñón) a través del triángulo de Grynfeltt-Lesgaft o triángulo lumbar superior], f) Hernia de Richter (o enterocele parcial. Protrusión y/o estrangulación de sólo una parte de la circunferencia del borde antimesentérico del intestino a través de un defecto de pared abdominal pequeño y rígido), g) Hernia de Spiegel, entre otras. **Caso clínico.** Varón de 75 años de

edad con antecedente de DM2 (2003), HPB, dislipidemia (2013) y síndrome de Hakim-Adams (2012) (hidrocefalia normotensiva idiopática) en tratamiento. Colocación de válvula de derivación ventrículo-peritoneal en septiembre 2012. Colocación de Stent carotídeo en marzo 2013. Tres meses de evolución con protuberancia a nivel inguinal derecho, no reductible, de consistencia blanda, no dolorosa, sin cambios en la coloración dérmica, no asociada a otra sintomatología. USG 20 de abril 2013: hernia inguino-escrotal derecha con contenido de epiplón y asas intestinales. Durante su estancia hospitalaria se realizó plastia inguinal derecha tipo Lichtenstein, bajo anestesia general balanceada de 1:45 h, con tiempo quirúrgico de 1:15 h, con sangrado de 20 mL, con BT +680, sin incidentes reportados, con hallazgo de hernia con contenido de asas intestinales y catéter ventrículo-peritoneal. Las complicaciones informadas relacionadas con la derivación VP incluyen su migración y extrusión a través de la vagina, ano, boca, ombligo y uretra. Como factores responsables de la propulsión del extremo peritoneal del shunt VP, se incluyen: a) Peristaltismo intestinal, b) Efecto de "martillo de agua" del fluido cerebro espinal, y c) Aumento intermitente de la presión intraabdominal. La presencia de un saco herniario puede ser un factor predisponente disponible automáticamente para la migración de la derivación VP al escroto.

21

ADENOCARCINOMA ESCAMOSO DE PULMÓN CON METÁSTASIS A PIEL Y SACO HERNIARIO

Feria Luis Lemus Ramón, Ricardo Ray Huacuja-Blanco, Carlos López-Caballero
Unidad de Cirugía, Médica Sur

Introducción. Las metástasis cutáneas son un evento raro en dermatología, hay que tener en cuenta que pueden ser el primer marcador de la enfermedad y que asimismo pueden ser la primera señal de progresión. Generalmente las cutánides tienen la misma distribución por sexos que los primarios, siendo las cutánides más frecuentes en mujeres las procedentes de la mama, y en el hombre las procedentes de pulmón. La pared abdominal es la localización más frecuente de las metástasis cutáneas y hasta en 10% se afecta el ombligo. **Caso clínico.** Femenino de 87 años a quien en febrero 2009 se realizó PET-CT encontrándose tumoración apical izquierda, motivo por el cual se realizó resección en cuña de dicha tumoración (reporte de patología: cáncer adenoescamoso de pulmón). No recibió tratamiento con quimioterapia ni radioterapia dado el estadio del tumor. Inició con dolor abdominal seis meses previos, localizado en meso e hipogastrio de tipo punzante, el cual aumentaba al realizar esfuerzos físicos y con maniobra de Valsalva, disminuyendo en el decúbito supino y durante la relajación de la pared abdominal. Asociado al cuadro, presentó distensión abdominal posprandial con dispepsia. El sitio del dolor lo refirió en la zona donde le realizaron la plastia umbilical hace seis años. En febrero 2013 se realizó plastia de pared abdominal, durante la cirugía se hizo disección cuidadosa de todo el saco herniario y se colocó malla de prolene, se envió saco herniario y piel a patología, que reportó adenocarcinoma escamoso de pulmón.

22

MANEJO DE FÍSTULA AV RENAL POSTRAUMÁTICA. REPORTE DE UN CASO

Eduardo Villegas, Regina Faes, Ricardo Ray Huacuja Blanco, Mario Andrés González, Ramón Lemus-Suárez, Alejandro Díaz,

Daniel Gómez, Francisco Vélez-Pérez, Arturo Ramírez,
Manuel Ojeda-Valdez, José Manuel Correa-Rovelo
Unidad de Cirugía General, Médica Sur

Caso Clínico. Masculino de 45 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia: alérgicos, traumáticos, quirúrgicos y transfusionales negados. Negó enfermedades crónico-degenerativas, negó consumo de medicamentos. Originario y residente de Estados Unidos, estancia en México desde una semana previa, consumo de alcohol y tabaco negados. Padecimiento actual: inició padecimiento actual el día de su ingreso, aproximadamente a las 3:45 de la mañana, a nivel de la carretera México-Puebla, sobre la lateral de la autopista, al presentar caída y rodamiento aproximadamente de 40 m, sin pérdida del estado de alerta y refiriendo dolor en tórax de predominio izquierdo y en región lumbar, por lo que se solicitó apoyo a transporte aéreo, el cual trasladó al paciente a esta institución para su manejo urgente. Exploración física: TA 90/52, FC 117, FR 25, T 36. Estuporoso, Glasgow de 10, con facies dolorosa, palidez generalizada de tegumentos, frío a la palpación, dermoabrasión periorbitaria que ocasionaba asimetría en hemicara izquierda, ojos simétricos, pupilas isocóricas y normorreflécticas, conjuntivas normocrómicas, escleras sin alteraciones, cavidad oral con mucosa oral deshidratada, con crepitación a la palpación de parrilla costal del lado izquierdo, presencia de yelco izquierdo a nivel de segundo espacio intercostal del lado izquierdo, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, hipogastrio y fosa iliaca izquierda, peristalsis presente disminuida en intensidad y frecuencia, extremidades con crepitación a nivel de ambos tobillos, pelvis no vascularizada, sin rotación de extremidades, al tacto rectal no se percibe descenso de la próstata, se evidenció sangrado a la colocación de sonda Foley. Estudios de laboratorio y gabinete. Hb de ingreso a Urgencias 9.3; Hto 25; plaq 98,000; VPM 9.1; TP 12.6 s; INR 1.1; TPT 33.4 s; fibrinógeno 118; DD 7,990. Glucosa 177; Na 140; k 5.6; Cl 112; CaC 8.6; P 4.4; Mg 1.4; GA pH 7.26; pCO₂ 31; HCO₃ 13; DIF 33. GA reportó pH 7.26; pCO₂ 31; pO₂ 138; SO₂ 99; HCO₃ 13.9; GAa 149; PaO₂/FiO₂ 230; Shunt 8.9; EB -11.7; lactato 7. Tomografía con protocolo de trauma: lesión en hemisferios cerebrales, sin hemorragia subdural o epidural, neumotórax izquierdo de 70%, contusión pulmonar izquierda con presencia de colapso parcial, líquido libre en la cavidad peritoneal, sin presencia de neumoperitoneo, con laceración de 2 x 2 del riñón izquierdo, presencia de fractura bilateral de ambos tobillos. Impresión Dx y tratamiento: 1) Laparotomía exploradora: drenaje de hemoperitoneo de 3,000 mL, esplenectomía por lesión grado IV, hepatografía de dos laceraciones hepáticas, contusión pancreática, drenaje de hemotórax izquierdo con colocación de sonda endopleural. 2) Exploración retroperitoneal: hematomas perirrenales no expansivos. 3) Fístula traqueal por broncoscopia, y toracoscopia diagnóstica contusión pulmonar, aorta distal al cayado contundida, mediastino normal. Fracturas costales izquierdas sin tórax inestable. Colocan dos puentes línea axilar media y posterior. El paciente salió con apoyo hemodinámico con aminas, con sedación y ventilación mecánica invasiva a la Unidad de Terapia Intensiva donde se mantuvo con sonda foley, y con hematuria durante ocho días hasta presentar sangrado por sonda vesical abundante con hematoma vesical por lo que se interconsultó al Servicio de Urología, que colocó catéter de tres vías para cistoclasia continua, se realizó cistografía con presencia de sangrado activo, aproximadamente 1,000 cc, por lo que se decidió programar para cistografía con fluoroscopia donde se evidenció fístula AV renal secundaria a trauma contuso de abdomen cerrado, por lo que se decidió realizar embolización por parte de radiología intervencionista, la cual se

realizó exitosamente, el paciente permaneció tres días más con irrigación continua por sonda de tres vías, pasó a piso para cuidados generales donde evolucionó favorablemente y 19 días después de su ingreso se decidió su egreso a domicilio por mejoría.

23

ESTUDIO COMPARATIVO DE AGENTES INTRAPERITONEALES PROFILÁCTICOS EN LA PREVENCIÓN DE ADHERENCIAS POSTOPERATORIAS

Alejandro Díaz Girón-Gidi, Francisco Vélez-Pérez,
Ricardo Ray Huacuja-Blanco, Mario Andrés González-Chávez,
Eduardo Villegas-Tovar, Ramón Lemus-Suárez,
Carlos López-Caballero, José Manuel Correa-Rovelo
Unidad de Cirugía General, Médica Sur

Introducción. Las adherencias postoperatorias surgen en casi 100% de cirugía abdominal. Los métodos utilizados actualmente tienen poca eficacia y son caros. Este estudio evaluó la eficacia del dióxido de cloro (ClO₂) para disminuir el índice de adhesión intra-abdominal en ratas. Se comparó con solución salina, así como dos fármacos actualmente aprobados por la FDA, Guardix® e Interceed®. **Material y métodos.** Se utilizaron ratas macho Wistar, de 10-12 semanas de edad con un peso de 250-300 g, se dividieron en cuatro grupos (n = 8) y se sometieron al modelo experimental Buckenmaier de adhesiones postoperatorias. Al final de la intervención quirúrgica a los animales se les administró uno de los cuatro tratamientos: Guardix®, Interceed®, solución salina 0.09% o una solución de ClO₂ (10 mL de fórmula patentada a 70-100 ppm). Siete días más tarde se realizó una laparotomía para evaluar el número de adherencias, el índice de adhesión y tomar muestras histológicas. Para la comparación de resultados se emplearon la prueba de Kruskal-Wallis y análisis multivariable de Dunn. **Resultados.** El número de adherencias y el índice de adherencias fueron significativamente menores en el grupo tratado con ClO₂ (p < 0.05). No hubo diferencia significativa entre los fármacos aprobados por la FDA (Guardix® e Interceed®) y la solución salina. Los hallazgos histológicos fueron similares entre todos los grupos. **Conclusiones.** El tratamiento de ClO₂ reduce significativamente la formación de adhesiones postoperatorias sin afectar el proceso de cicatrización de la herida.

24

RECTOCELE, UNA NUEVA ALTERNATIVA PARA SU MANEJO QUIRÚRGICO

Ricardo Ray Huacuja Blanco, José Manuel Correa-Rovelo,
Alejandro Díaz-Girón-Gidi, Francisco Vélez-Pérez,
Eduardo Villegas-Tovar, Mario Andrés González-Chávez,
Ramón Lemus-Suárez, Carlos López-Caballero,
Ricardo Masao Buentello-García, C. Martínez-Miranda
Unidad de Cirugía General, Médica Sur

Introducción. El rectocele se define como una herniación de la pared anterior del recto y la pared posterior de la vagina en el lumen vaginal. Su prevalencia varía dependiendo de los estudios desde 30 hasta 93%; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones el prolapso no es tan severo como para producir sintomatología, por lo que sólo 5 a 11% requerirá cirugía en algún momento. Este trastorno se produce por una debilidad o un defecto en el tabique recto-vaginal, así como de la pared anterior del recto y posterior de la vagina. Afecta principalmente a múltiparas. La sintomatología no

siempre es clara; el síntoma que se vincula con mayor frecuencia es el estreñimiento, pero las pacientes pueden presentar prolapso, sensación de ocupación constante del ápula rectal, dolor y opresión vaginal, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, dispareunia, hemorragia, así como dificultad para la evacuación que involucra la necesidad de maniobras digitales para facilitar la misma. Gran parte del tratamiento quirúrgico se ha descrito en la literatura ginecológica, por lo general, en asociación con otros procedimientos para corregir trastornos de la estática pélvica. Existen diferentes técnicas quirúrgicas descritas para el tratamiento del rectocele, utilizando diferentes tipos de abordaje: transanal, transvaginal, transperineal o transabdominal; sin embargo, ninguna de estas técnicas es óptima. El abordaje transanal fue descrito por Sullivan, *et al.* y modificado por Bresler, *et al.*, usando una engrapadora lineal ENDO GIA de 30 mm. **Objetivo.** Describir una modificación, ideada por nuestro grupo, de algunas técnicas ya conocidas en cuanto a su reparación por vía transanal mediante el uso de una engrapadora lineal GIA de 75 mm. **Material y métodos.** Entre los meses de octubre y noviembre 2008 se intervinieron quirúrgicamente tres pacientes con un promedio de edad de 65 años, con diagnóstico de rectocele anterior con defectos mayores de 3 cm evaluados por defecograma. Una paciente con diagnóstico de enfermedad hemorroidal mixta crónica, misma que se corrigió quirúrgicamente junto con su patología de base. Preparación preoperatoria: se preparó mecánicamente el colon 24 h previas a la intervención con 45 mL de una solución de fosfato de sodio, se administró una dosis intravenosa de 1 g de Ertapenem 30 min antes de iniciar la intervención y se utilizó bloqueo peridural en todas las pacientes. Técnica quirúrgica: se colocó a las pacientes en posición de litotomía, posteriormente se infiltró lidocaína al 0.5% en 1:200,000 unidades de epinefrina en el tabique rectovaginal con el objetivo de elevar la pared posterior vaginal y evitar lesiones a la misma; se localizó el rectocele, el cual fue traccionado a través del canal anal con pinzas de Allis y se realizó grapeo desde la base del mismo con un solo disparo con una engrapadora lineal cortante de 75 mm (PROXIMATE LINEAR CUTTER Ethicon Endo-Surgery, Inc. Cincinnati R), extrayendo por completo la pieza quirúrgica. **Conclusión.** Dentro de las complicaciones postoperatorias más frecuentes de la reparación del rectocele se encuentran la incontinencia fecal, infección, formación de fistulas recto-vaginales y recurrencia del prolapso. Son múltiples las vías de abordaje para esta patología, pero la transanal se ha visto como la mejor, ya que repara anatómicamente el defecto y mejora la calidad de vida, así como la morbilidad. Los resultados son satisfactorios en nuestros pacientes, aunque requerimos una muestra mayor a largo plazo para su correcta evaluación.

25 DIVERTÍCULOS YEYUNALES. UNA EXTRAÑA CAUSA DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO

Ricardo Ray Huacuja-Blanco, José Manuel Correa-Rovelo, Alejandro Díaz-Girón-Gidi, Francisco Vélez-Pérez, Eduardo Villegas-Tovar, Mario Andrés González-Chávez, Ramón Lemus-Suárez, Carlos López-Caballero, Ricardo Masao Buentello-García, C. Martínez-Miranda
Unidad de Cirugía General, Médica Sur

Caso clínico. Masculino de 41 años que inició su padecimiento cuatro días previos a su ingreso con dolor abdominal difuso de tipo cólico, intensidad 5/10, sin irradiaciones, que mejoraba con el reposo, acompañado de aproximadamente cuatro evacuaciones

de características melénicas, fétidas, por día, malestar generalizado, astenia, adinamia, hiporexia, palidez generalizada de tegumentos y pérdida del estado de alerta, motivo por el cual acudió a un hospital no gubernamental en su lugar de origen en donde se realizó panendoscopia, la cual se reportó sin alteraciones. Durante su internamiento persistió con evacuaciones melénicas y disminución de los niveles de hemoglobina hasta 6.1 g/dL, requiriendo hemotransfusión de tres paquetes globulares; se decidió realizar colonoscopia, con reporte verbal por parte del familiar de múltiples coágulos, sin encontrar sitio de sangrado activo. El paciente decidió alta voluntaria y fue referido a la Fundación Clínica Médica Sur para continuar con abordaje diagnóstico y terapéutico. A su ingreso al Servicio de Urgencias se encontraba alerta, orientado, con palidez generalizada de tegumentos y hemodinámicamente estable, se decidió su hospitalización en la cual persistió con evacuaciones sanguinolentas de aproximadamente 2,500 mL en 24 h, además de compromiso hemodinámico con hipotensión y taquicardia, requiriendo hemotrasfusión de dos paquetes globulares y manejo integral del estado de choque. Fue valorado por el Servicio de Cirugía General, que debido a las condiciones clínicas decidió intervención quirúrgica, realizando laparotomía exploradora debido a sangrado de tubo digestivo de etiología a determinar. Durante la intervención se identificaron múltiples divertículos en la porción antimesentérica del yeyuno, aproximadamente a 20 y 40 cm del ángulo de Treitz, por lo cual se realizó resección intestinal de dicho segmento de yeyuno (aproximadamente 20 cm), entero-enteroanastomosis latero-lateral mecánica y lavado de cavidad. En el reporte de patología se reportaron múltiples divertículos con notable adelgazamiento de la capa muscular de yeyuno y hemorragia reciente. El paciente evolucionó de manera favorable durante su estancia, con adecuado control analgésico y tolerancia de la vía oral, se decidió su egreso sin complicaciones.

26 TRATAMIENTO DEL PROLAPSO RECTAL RECIDIVANTE. ABORDAJE PERINEAL. REPORTE DE UN CASO

C Martínez-Miranda, José Manuel Correa-Rovelo, Ricardo Ray Huacuja-Blanco, Carlos López-Caballero, Eduardo Villegas-Tovar, Ramón Lemus-Ramírez, Mario Andrés González-Chávez, Francisco Vélez-Pérez, Alejandro Díaz Girón-Gidi, Ricardo Masao Buentello-García
Unidad de Cirugía General, Médica Sur

Caso clínico. Femenino de 73 años de edad. Inició padecimiento actual seis meses previos a su valoración por salida completa, a través del ano, de todas las estructuras del recto. En un principio, el prolapso podía reducirse de forma espontánea, en especial en decúbito, posteriormente, eran necesarias maniobras manuales con ayuda de un familiar. Además, presentaba incontinencia anal importante, 20 puntos en una escala de Wexner. Como antecedente fue intervenida en otra institución, realizándose procedimiento de Ripstein. A la exploración física se evidenció disminución del tono del aparato esfinteriano, flacidez del anillo esfinteriano y una modesta contracción involuntaria. Posterior a estudios de laboratorio y gabinete fue intervenida quirúrgicamente, realizándose rectosigmoidectomía perineal, anastomosis coloanal (procedimiento de Altemeier) y plastia posterior de los elevadores del ano. La paciente evolucionó satisfactoriamente al procedimiento quirúrgico. Actualmente se encuentra con incontinencia anal parcial, que mejoró gradualmente. El procedimiento de Altemeier (rectosigmoidectomía) es una técnica quirúrgica por vía perineal con una baja

morbilidad y mortalidad. Útil como alternativa para el manejo del prolapso rectal completo recidivante. Es indicado en pacientes de edad avanzada, enfermedades concomitantes y riesgo quirúrgico elevado.

27

REPORTE DE CASO: TUMORES CARCINOIDES ATÍPICOS MULTICÉNTRICOS CON COMPONENTE TUBULAR EXTENSO Y DIFERENCIACIÓN DE CÉLULAS DE PANETH

Ricardo Masao Buentello-García, José Manuel Correa-Rovelo
Unidad de Cirugía General, Médica Sur

Introducción. Los tumores carcinoides gastrointestinales tienen una incidencia de 10/1,000,000 hab, presentan un crecimiento lento comparado con adenocarcinomas gastrointestinales, generalmente son indolentes, pero en algunos casos tienen una clínica agresiva. En 1888 Lubarsch describió las características microscópicas de un paciente con múltiples carcinoides de íleon, pero se refirió a ellos como carcinoma; dos años después, Ransom reportó la clínica del síndrome carcinóide en un paciente con un tumor carcinóide de íleon y metástasis hepáticas. En 1907 Oberndorfer introdujo el término karzinoide para describir estos tumores. El íleon es la localización más frecuente, afectando más a mujeres que a hombres (1.6 vs. 1.1, respectivamente), la edad de diagnóstico es en general a los 64.2 años. **Caso clínico.** Paciente de 89 años que ingresó al Servicio de Urgencias de nuestra institución el 09 de febrero 2014 con dolor tipo cólico ENA 8/10 en fosa iliaca derecha, sin irradiaciones, sin datos exacerbantes o atenuantes acompañado de náusea sin llegar a vómito, diaforesis nocturna y cuatro evacuaciones diarreicas, pérdida de peso 6 kg en seis meses. A la exploración física se encontró paciente alerta, reactiva, orientada, cooperadora, palidez de tegumentos, cabeza y cuello normales, ruidos cardíacos rítmicos con adecuado tono e intensidad, campos pulmonares con adecuada ventilación, abdomen blando, distendido, depresible, doloroso a la palpación media y profunda en fosa iliaca derecha e hipogastrio, peristalsis aumentada en frecuencia e intensidad, a la percusión timpánica en marco cólico, talopercusión (+), Rovsing (+), extremidades superiores e inferiores sin alteraciones. SV: TA 120/65, FC 100, FR, 20, Temp 36.5 °C. AHF: carga DM2 lado paterno, APNP: tabaquismo 10 cigarros/día/10 años. APP: alergia (quinolonas). En 1970 extirpación de nódulo tiroideo y colecistectomía. USG 09 de febrero 2014: Masa en hueso

pélvico, derecho vs. ovario quístico de gran tamaño. PET-CT: región pélvica, lesión quística multilobulada de 12.5 cm x 8 cm, discreto metabolismo en una lesión quística con componente sólido en TAC del anexo derecho, bocio intratorácico multinodular a expensas de lóbulo 4, asociada a otra lesión de las mismas características adyacente a mesocolon. Hígado con dos imágenes heterogéneas en segmento II y VI. Dx. Prequirúrgico: tumor ovárico derecho. Cirugía realizada: laparotomía exploradora + ooforectomía derecha + adherenciólisis + resección intestinal + entero-entero anastomosis latero-lateral mecánica + omentectomía total + lavado peritoneal. Manejo: conservador. Histopatología, descripción de la muestra: tumor de ovario derecho (midió 13.6 cm, 12.2 cm y pesó 425 g), tumor maligno compatible + múltiples metástasis con tumor de células + múltiples metástasis en mesenterio y pared abdominal. Dx: carcinoides atípicos multicéntricos con componente tubular extenso y diferenciación de células de Paneth, con extensión a la capa muscular y la serosa, e invasión. La paciente presentó una evolución favorable después del procedimiento quirúrgico y fue dada de alta del servicio con estudios de control programados y cita con su médico tratante. **Discusión.** La paciente presentó un tumor carcinóide de íleon con una clínica característica de síndrome carcinóide que ocurre en 8-10% de los pacientes con tumor carcinóide, la localización más frecuente es gastrointestinal (67%), del cual 25% son de intestino delgado, 12% apéndice y 14% recto. Manifestaciones locales como masa, sangrado, obstrucción o perforación, reflejan invasión o fibrosis, síntomas como diaforesis, diarrea o broncoespasmo son reflejo de la secreción de aminas y péptidos. El procedimiento quirúrgico es el único que puede lograr curación, dependiente de la cuidadosa selección del paciente. Los carcinoides atípicos son formas agresivas con actividad mitótica aumentada. A pesar de ser reconocidos por más de un siglo, la sobrevida de los pacientes no ha cambiado a lo largo de tres décadas, debido a que un diagnóstico temprano no es frecuente porque la mayoría de los tumores son asintomáticos; por lo tanto, es necesario que estos pacientes sean manejados por endocrinólogos, gastroenterólogos, oncólogos, radiólogos intervencionistas y cirujanos. **Conclusiones.** Se presenta un caso de tumor carcinóide atípico intestinal el cual fue manejado quirúrgicamente, el correcto diagnóstico y selección del paciente para tratamiento quirúrgico es resultado de un trabajo interdisciplinario que tiene impacto positivo en la calidad de vida del paciente. Se requieren de más líneas de investigación para determinar marcadores séricos, reportes de series quirúrgicas y el desarrollo de terapéutica molecular para mejorar la localización y pronto diagnóstico que aumenten la sobrevida y calidad de vida.

IMAGEN-RADIOLOGÍA

28

TROMBOSIS "DEBUT DE LA AUTOINMUNIDAD"

Daniela Alejandra Martínez-Del Razo, Luis Felipe Alva-López,
Ricardo Becerra-Ulloa
Unidad de Imagenología, Médica Sur

Introducción. Se presenta el caso de seis pacientes, aparentemente sanos en la tercera década de la vida, hombres y mujeres cuya primera manifestación de enfermedad autoinmune fue trombosis. Estos pacientes negaron alguna enfermedad y acudieron al Servicio de Urgencias por disnea o dolor abdominal, los estudios de

laboratorio de rutina de primer contacto como biometría hemática, examen general de orina, entre otros, no mostraron alteración; sin embargo, posterior a los estudios tomográficos con contraste se decidió ingreso para buscar la causa de trombosis. Cabe destacar que cuatro de los seis pacientes refirieron antecedentes heredofamiliares de enfermedades autoinmunes. **Material y métodos.** Por medio de tomografías contrastadas o angiografías se diagnosticó trombosis en diversos sitios, como es tromboembolia pulmonar masiva, con infartos pulmonares, trombosis mesentérica, trombosis de tronco celiaco y arterias renales con infarto renal. **Resultados.** Durante la estancia hospitalaria de los pacientes se diagnosticó a cuatro pacientes con lupus eritematoso sistémico y dos más con

síndrome anti-fosfolípidos, que son estados pro-coagulantes y no se encontró alguna otra entidad a la cual se debiera la trombosis en estos pacientes. **Conclusiones.** La revisión de estos casos clínicos es interesante, ya que todos se conocían sanos y ninguno de los pacientes refería manifestaciones articulares, oculares, muco-cutáneas, eventos previos de trombosis o algún otro signo o síntoma de enfermedad autoinmune.

29

NO TODO LO QUE CAPTA ES CÁNCER

Daniela Alejandra Martínez-Del Razo, Luis Felipe Alva-López, Juan Carlos García-Reyna, Ricardo Becerra-Ulloa
Unidad de Imagenología, Médica Sur

Introducción. Los casos presentados representaron un reto diagnóstico, ya que los pacientes manifestaron alteraciones sistémicas, como ataque al estado general, astenia, adinamia, pérdida ponderal, entre otros; lo cual sustentó la posibilidad de neoplasia, y posteriormente por medio de estudios de patología y laboratorio fueron descartados. Sin embargo, aunque el PET/CT fue negativo para malignidad, fue positivo para proceso inflamatorio. **Material y métodos.** La imagen funcional con la tomografía por emisión de positrones (PET) desempeña un papel cada vez más importante en el diagnóstico, la estadificación de la enfermedad maligna, en la planificación terapéutica y en el seguimiento posterior a tratamiento. Las imágenes PET con el flúor-18 marcado con análogo de la glucosa 18-fluorodeoxiglucosa (FDG) es una herramienta de imagen para el estudio del cáncer. FDG PET complementa las modalidades de imágenes anatómicas de la tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética. Mientras la TC proporciona una localización precisa de los órganos y las lesiones, PET proporciona información sobre la función de los tejidos, tanto normal como patológica. Los diseños actuales constituyen un escáner TC con un escáner de PET, con una cama de paciente común para ambos sistemas. Las imágenes de TC se adquieren primero y se utilizan para generar los factores de atenuación de corrección que deben aplicarse a los datos de PET para corregir el efecto de la atenuación de fotones. Al finalizar el escaneo TC y PET están disponibles para su revisión por separado o en el modo de fusión con una mezcla seleccionable de datos de las dos modalidades. **Resultados.** La FDG no es específica para el cáncer, se sabe que hay un aumento del transporte de glucosa en las células malignas. Sin embargo, existen muchas otras entidades que producen aumento anormal del metabolismo en diferentes sitios corporales. Al combinar PET/CT facilita la separación de la captación fisiológica normal de captación patológica, proporciona la localización exacta de las anomalías funcionales y reduce la incidencia de los estudios de imágenes de falsos positivos y falsos negativos. Valores de captación estandarizados (SUV) sólo con PET se han utilizado para ayudar a diferenciar un tumor benigno de una lesión maligna, con un SUV de 2.5 a menudo se cita como una guía para el corte entre la captación benigna ($SUV < 2.5$) y maligna de $SUV \geq 2.5$. **Conclusión.** El propósito de este trabajo es presentar diversos procesos inflamatorios, no neoplásicos por PET/CT, como son sarcoidosis, amiloidosis, vasculitis, histoplasmosis, infecciones por el complejo MAC y procesos virales como VHC.

30

ROLL DE LA TOMOGRAFÍA HELICOIDAL EN EL DIAGNÓSTICO DE DISECCIÓN AÓRTICA

Daniela Alejandra Martínez-Del Razo,
Luis Felipe Alva-López, Diana Luz Gutiérrez-Espinosa
Unidad de Imagenología, Médica Sur

Introducción. Se presenta el caso de dos pacientes con síndrome aórtico agudo, el primer paciente presentó dolor torácico de tipo lacinante, irradiado a la mandíbula, acompañado de síntomas vasovagales como diaforesis; paciente fumador y con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica de larga evolución, ambas mal controladas; la segunda paciente cursaba la tercera década de la vida, negó dolor; sin embargo, presentó síncope, padecía síndrome de Marfán. **Material y métodos.** Mediante la historia clínica, el interrogatorio dirigido y la clínica, se sospechó síndrome coronario agudo y mediante la angiotomografía se confirmó el diagnóstico de disección aórtica, en ambos casos involucraban los vasos supraaórticos y la aorta torácica abdominal hasta su bifurcación en las arterias ilíacas. **Resultados.** Gracias a los clínicos se pensó en el diagnóstico de disección aórtica por medio de la angiotomografía, la cual tiene como ventaja la rapidez, además de ser un estudio no invasivo que cuenta con un equipo dual helicoidal y presenta una sensibilidad de 94% y especificidad de 100%, excepto en los casos de disección aórtica ascendente, para lo cual la especificidad y sensibilidad baja a 87%. Al realizar la angiotomografía se observó la imagen del flap o colgajo de la capa media, lo cual es indicativo de disección aórtica, y además de ser diagnóstico, tiene gran importancia, ya que mientras más grueso sea el colgajo o flap más delgada será la pared externa de la luz falsa ergo, siendo más probable la ruptura. **Conclusión.** La tomografía no sólo confirma el diagnóstico, sino también orienta al manejo y advierte de complicaciones.

31

HEMANGIOMA ESCLEROSANTE "NÓDULO PULMONAR DOLOROSO"

Daniela Alejandra Martínez-Del Razo,
Luis Felipe Alva-López, Carlos Rojas-Marín, Ricardo Becerra-Ulloa
Unidad de Imagenología, Médica Sur

Introducción. Se presenta el caso de un paciente femenino de 20 años de edad, de raza latina, sin antecedentes de importancia, la cual inició con dolor siete días previos a su ingreso a esta institución con dolor torácico de tipo opresivo, sin atenuantes ni exacerbantes, acompañado de disnea de medianos esfuerzos, el dolor se intensificaba, motivo por el cual acudió al Servicio de Urgencias, donde se realizó exploración física, la cual no arrojó ninguna alteración además del dolor referido; los signos vitales y exámenes de laboratorio se encontraron dentro de parámetros normales, en los estudios de gabinete resaltó en la placa simple de tórax un nódulo en el hemitórax izquierdo. **Material y métodos.** Se realizó posterior a la placa simple una tomografía con contraste en la cual se identificó un nódulo apical izquierdo de bordes bien definidos de 2.6 cm y con realce al medio de contraste, motivo por el cual se decidió realizar biopsia guiada por tomografía. **Resultados.** El estudio histológico reportó hemangioma esclerosante. **Conclusión.** El hemangioma esclerosante es una neoplasia benigna del pulmón descrita en los años 50, poco frecuente, hasta 2012 se reportaron sólo 160 casos en la literatura mundial. Los neumocitos tipo II son los células más aceptadas de su histogénesis, también es conocido como neumocitoma, histiocitoma pulmonar y pseudotumor xantomatoso, su forma de

presentación clásica es como un nódulo pulmonar solitario y puede presentar extensión a ganglios linfáticos locales. Clínicamente se caracteriza por dolor torácico, hemoptisis e historia de neumonía previa.

32

CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES

Daniela Alejandra Martínez-Del Razo, Luis Felipe Alva-López, Juan Carlos García-Reyna
Unidad de Imagenología, Médica Sur

Introducción. El cáncer de mama masculino en una entidad poco frecuente, representa menos del 1% de todos los cánceres en el género masculino, por lo que existe poca información acerca de esta patología. Aunque todos los subtipos de carcinomas de mama observados en mujeres también pueden ser observados en los hombres, el subtipo histológico más común es carcinoma ductal invasivo. La patología benigna más común en hombres es la ginecomastia, otras entidades raras en la mama masculina se pueden presentar en la piel o tejido subcutáneo, por ejemplo, necrosis grasa, lipomas, quistes, schwannomas papiloma intraductal, quistes sebáceos, mastopatía diabética, hematoma, absceso subareolar, malformaciones venosas, sífilis secundaria y fascitis nodular. La tasa de supervivencia en hombres con cáncer de mama es inferior a las mujeres, a pesar de que existen indicios de que el cáncer de mama en los hombres es igualmente curable en etapas comparables. La etapa de la enfermedad predice la tasa de supervivencia, los hombres se presentan con estadios más avanzados que las mujeres. **Material y métodos.** Se presenta el caso de siete pacientes con mastalgia y nódulo palpable, en los cuales se sospechó ginecomastia, cabe destacar que de treinta pacientes masculinos en esta institución durante los últimos dos años siete fueron diagnosticados con neoplasia maligna. **Resultados.** Por medio de estudios de imagen como mastografía y ultrasonido mamario se identificaron datos de malignidad, motivo por el cual se realizó biopsia en las cuales se reportó neoplasia maligna y para el estadiage se practicó tomografía por emisión de positrones. **Conclusión.** Durante los últimos años, el cáncer de mama en hombres ha aumentado, de 0.8 a 2.4%, el género masculino ahora representa 1% de todos los casos de cáncer de mama. Sin embargo, la mayoría de los hombres sintomáticos tienen una enfermedad benigna, es por eso que el diagnóstico es un reto para los proveedores de salud. En los hombres adultos como en las mujeres, el primer estudio diagnóstico de imagen es la mamografía seguido por ecografía específica. Es importante reconocer que el primer reto es diferenciar entre el tejido mamario agrandado o sensible, la ginecomastia, pseudoginecomastia o un tumor de mama, es por esto que el propósito de este estudio es identificar el comportamiento del cáncer de mama por medio de medicina nuclear, así como la utilidad en el diagnóstico y estadiage.

33

INESPERADO: CUERPO EXTRAÑO EN TRACTO DIGESTIVO, HALLAZGOS POR IMAGEN

Sebastián Arturo Castillo-Rodríguez, Luis Felipe Alva-López, Lilian M. Navarro-García, Lima Ávalos, Juan C. Hernández-Chavolla
Unidad de Imagenología, Médica Sur

Introducción. Existe una gran cantidad de dispositivos de uso médico que tienen que ser evaluados día a día por diferentes estudios de imagen, incluso se menciona la necesidad de guías para su valoración ante el reto de una placa portátil de tórax, hay artículos

publicados para la valoración de estos dispositivos. Los cuerpos extraños pueden simular dispositivos médicos o los dispositivos médicos se pueden comportar como cuerpo extraño, se deben reconocer, ya que pueden ser un problema más adelante. **Objetivo.** Mostrar los casos más sobresalientes de hallazgos inesperados en estudios de imagen, donde algunos no fueron sospechados inicialmente. **Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo, retroelectivo del 2010 a 2014 con registro en el archivo médico y en el archivo del Departamento de Imagen en Médica Sur. Se analizaron imágenes representativas de los casos más sobresalientes. **Resultados.** Se obtuvieron 20 casos de pacientes con diagnóstico por imagen de cuerpo extraño en un rango de edad entre uno a 88 años, con una media de 39.1 años, sin predominio de sexo. La localización anatómica en el tracto digestivo más frecuente fue en el tercio superior de esófago (30%). Se obtuvieron 20 casos de pacientes con diagnóstico por imagen de cuerpo extraño en un rango de edad entre uno a 88 años, con una media de 39.1 años, sin predominio de sexo. La localización anatómica en el tracto digestivo: en el tercio superior del esófago en 30%; 25% en estómago, 15% en tercio medio del esófago, 10% en colon ascendente y sigmoides, 5% para tercio inferior del esófago, yeyuno, peritoneo y subhepático. Los cuerpos extraños más comunes encontrados fueron: monedas, cáscaras de camarón y espinas de pescado. Entre los menos comunes: tornillos, prótesis, vidrio, piedras DIU en espiral y tabletas. Sólo un paciente tenía antecedente psiquiátrico. El tratamiento por el Servicio de Endoscopia fue realizado en 95% y 5% fue intervenido quirúrgicamente. **Conclusión.** Los cuerpos extraños son poco frecuentes, pero son importantes e interesantes, pueden ser pasados por alto y pueden causar daño al paciente, incluso pueden simular la apariencia de un dispositivo médico. La interpretación del ultrasonido, tomografía computarizada y la resonancia magnética deben diferenciar entre un dispositivo médico o un cuerpo extraño. La ingestión de cuerpo extraño se ve en cuatro grandes categorías de pacientes: a) Niños, b) Personas mentalmente discapacitadas, c) Adultos con comportamiento sexual inusual y d) Adultos normales con factores predisponentes. Afortunadamente, la gran mayoría de todos los objetos tragados pasan a través del tracto gastrointestinal sin ningún problema, se ha descrito que menos de 1% tiene riesgo de perforación intestinal. Se debe tomar en cuenta el tamaño, el material y la monitorización continua con estudios de imagen cuando se toma una conducta expectante.

34

¿DÓNDE ESTÁ EL CATÉTER? PERSISTENCIA DE VENA CARDINAL IZQUIERDA

Jorge Ramírez-Landero, Sebastián Arturo Castillo-Rodríguez, Carlos I. Félix Saguchi G., Rocío C. Brom, Luis F. Alva-López
Unidad de Imagenología, Médica Sur

Caso clínico. Paciente masculino de 69 años con antecedente de carcinoma epidermoide de pulmón y fibrilación auricular paroxística, a quien se le realizó una colocación de catéter yugular izquierdo, posteriormente se solicitó control con radiografía portátil anteroposterior de tórax, en la que se hace evidente su ubicación no habitual. En seguida se adquirió una prueba dinámica fluoroscópica con contraste y una tomografía de tórax contrastada con reconstrucciones multiplanares y en tercera dimensión, en donde se encontró persistencia de vena cardinal común, la cual discurrió en la porción lateral del mediastino, sobre el pericardio a nivel del ápex cardiaca, continuó por la cara diafragmática hasta drenar en la vena cava inferior; la vena cava superior derecha presentó calibre normal. **Discusión.** La vena cava superior izquierda (VCSI) representa la persistencia de la vena cardinal común izquierda,

permeable durante el periodo embriológico. Esta persistencia es un hallazgo incidental en menos de 0.5% de la población general, pero ocurre en aproximadamente 4-10% de pacientes con cardiopatías congénitas. Las cardiopatías más comúnmente asociadas son defectos septales auriculares y ventriculares, entre otras. La VCSI transcurre a través del mediastino superior izquierdo y generalmente drena a la aurícula derecha a través del seno coronario (drenaje normal de las venas cardíacas). La mayoría de las formas de VCSI se asocian a ausencia de la vena braquiocéfálica izquierda. Es típico que persista la vena cava superior derecha, la cual puede ser de calibre normal o disminuido y en una minoría estará ausente. Típicamente se describe como una anomalía incidental con poca importancia funcional, aunque puede tener impacto en los procedimientos que requieran accesos venosos de miembros superiores. De igual forma la VCSI se ha asociado a un riesgo aumentado de arritmias, comúnmente fibrilación auricular. Atípicamente el drenaje de la VCSI en la aurícula derecha resulta en un corto circuito de derecha a izquierda, presentando cianosis, tromboembolia paradójica, embolismo aéreo y séptico.

35

LIPOMATOSIS PANCREÁTICA: HALLAZGO SUBESTIMADO POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

Sebastián A. Castillo-Rodríguez, Jorge Ramírez-Landero, Carlos I. Félix Saguchi, Rocío Citlalli Brom, Luis F. Alva-López
Unidad de Imagenología, Médica Sur

Introducción. En el estudio de la tomografía computarizada de abdomen pueden existir infinidad de hallazgos, de los cuales el páncreas puede tener la densidad de la grasa mesentérica o en el caso de la resonancia magnética, tener la misma intensidad de la señal, pudiendo ser no identificable. La diferenciación entre la lipomatosis y agenesia de páncreas es importante, identificando cuando el sistema ductal está presente (lipomatosis) o ausente (agenesia). Existen síndromes clínicos y factores predisponentes que tienen relevancia asociada a la lipomatosis pancreática, donde se observa una expresión en la imagen de forma focal o difusa, para entender así el comportamiento de la patología aportando al diagnóstico clínico. **Caso clínico.** Masculino de 34 años con síndrome de Shwachman-Diamond a quien se realizó un estudio de tomografía computarizada simple de abdomen por dolor abdominal difuso, al principio de la lectura del estudio se concluyó como agenesia pancreática. El reemplazo graso no es homogéneo por todo el páncreas, puesto que las partes ventral y dorsal de la glándula demuestran diferentes composiciones histológicas. La preservación focal de la región peribiliar con reemplazo graso de la porción anterior de la cabeza del páncreas es común encontrarla en los estudios de imagen, al contrario de la presentación difusa y homogénea, como en el caso de nuestro paciente. Hay cuatro tipos diferentes de lipomatosis pancreática: tipo 1a (35% de los casos) que se caracteriza por el reemplazo de la cabeza con preservación del proceso uncinado y la región peribiliar; tipo 1b (36%) por la sustitución de la cabeza, el cuello, y el cuerpo con preservación del proceso uncinado y la región peribiliar; tipo 2a (12%) por la sustitución de la cabeza, incluyendo el proceso uncinado, y preservación de la región peribiliar, y tipo 2b (18%), por la sustitución total del páncreas con preservación de la región peribiliar. **Conclusión.** La lipomatosis pancreática se puede ver en pacientes con antecedente de fibrosis quística y el síndrome de Shwachman-Diamond, así como en los pacientes diabéticos, obesos y ancianos.

36

QUISTES O PSEUDOQUISTES EN LA MANDÍBULA. HALLAZGOS POR ORTOPANTOMOGRAFÍA

Sebastián Arturo Castillo-Rodríguez, Gissela Corte-Ocampo, Rocío Citlalli Brom, Luis Felipe Alva-López
Unidad de Imagenología, Médica Sur

Introducción. Los quistes maxilares comprometen la integridad maxilo-facial, usualmente resulta de un hallazgo por estudios de ortopantomografía. Existen diversas clasificaciones de acuerdo con su ubicación y apariencia, son lesiones radiolucidas de la mandíbula que tiene un papel importante en su diagnóstico. **Objetivo.** Ampliar el conocimiento de los quistes mandibulares y mostrar la prevalencia en estudios de ortopantomografía. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo de lesiones quísticas mandibulares en estudios de ortopantomografía de 2011 a 2013 de la base de datos del área de Imagen. **Resultados.** Se identificaron 99 pacientes con lesiones quísticas de mandíbula: 13 quistes dentígeros, un quiste residual, 66 quistes periapicales, dos queratoquistes, un quiste óseo, seis defectos óseos de Stafne, seis quistes de erupción, tres quistes paradentarios y quiste dentígero. **Conclusiones.** Los quistes tienen un origen y un comportamiento clínico distinto, el crecimiento es siempre lento, expansivo; son asintomáticos y descubiertos en exámenes radiológicos de rutina. Los quistes maxilares más frecuentes son los quistes epiteliales odontogénicos, de los cuales los radicales y los dentígeros son los de mayor incidencia, y el defecto de Stafne es poco frecuente. Dentro de éstos se localizaron seis pacientes, siendo una imagen pseudoquística.

37

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (SÍNDROME DE PRES). ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y HALLAZGOS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

Sebastián Castillo-Rodríguez, Carlos Adrián Chávez-Mendoza, Carmen Zavala-García, Luis Felipe Alva-López, Juan E. Cosme L.
Unidad de Imagenología, Médica Sur

Introducción. El síndrome de PRES es una entidad clínico-radiológica de presentación aguda o subaguda caracterizada por cefalea, vómito, alteraciones del estado de alerta, trastornos visuales o convulsiones, con cambios no siempre reversibles del parénquima cerebral. Se presenta la frecuencia de síndrome de PRES diagnosticados por resonancia magnética en Médica Sur durante 2009 a 2013. **Objetivos.** Describir las características demográficas, así como los hallazgos por resonancia magnética de los pacientes con diagnóstico de síndrome de PRES en Médica Sur. **Material y métodos.** Se realizó una búsqueda retrospectiva en el archivo de resonancia magnética de la Fundación Clínica Médica Sur hasta 2009. Se realizó un análisis descriptivo de las características generales de la población, así como de los hallazgos por resonancia magnética a través de secuencias multiplanares en T1, T2, FLAIR, difusión y eco gradiente. **Resultados.** Se identificaron un total de cuatro reportes, dos hombres y el resto mujeres. El promedio de edad fue de 64 años. Se documentó que 75% presentaba antecedente de hipertensión arterial sistémica y 50% de enfermedad renal crónica; un caso contaba con antecedente de hepatopatía no especificada y enfermedad inflamatoria intestinal. Los síntomas neurológicos se asociaron a descontrol hipertensivo en dos pacientes presentando cifras de PAM

desde 131 hasta 150 mmHg. La indicación del estudio de imagen fue deterioro neurológico asociado a pérdida del estado de alerta y amaurosis fugaz (75%); un caso presentó crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas. Los hallazgos por imagen en común se caracterizaron por la presencia de imágenes hiperintensas (100%), difusas (100%), de localización cortical y subcortical bilateral y simétricas de localización frontal (75%), occipital (75%), parietal (75%), así como en regiones talámicas, periacueductales, cerebelares y en cuerpos mamilares, así como otras de localización infratentorial. **Conclusiones.** El síndrome de PRES forma parte del diagnóstico diferencial en aquellos sujetos con manifestaciones neurológicas de presentación aguda asociadas a crisis hipertensivas. La colaboración entre hallazgos clínicos y por imagen, como los reportados por resonancia magnética, es indispensable para brindar una mejor aproximación diagnóstico-terapéutica.

38 TESTÍCULOS SUPERNUMERARIOS

Diana Luz Gutiérrez-Espinosa, Daniela Martínez-Del Razo, Rocío Brom-Valladares, Carolina Culebro-García
Unidad de Imagenología, Médica Sur

Introducción. Se presenta el caso de un paciente con antecedente de carcinoma testicular derecho metastásico diagnosticado 20 años previos, recibió quimioterapia y tratamiento quirúrgico. El seguimiento se realizó de forma exclusiva con marcadores tumorales, los cuales permanecieron dentro de parámetros normales, y clínicamente asintomático. Durante el protocolo de estudio, por medio de ultrasonido se diagnosticó duplicidad gonadal izquierda, como variante. El ultrasonido testicular dejó en evidencia los cambios posquirúrgicos en el campo derecho del escroto, mientras que el campo izquierdo mostró poliorquidismo y una lesión sospechosa de malignidad en uno de los testículos. **Objetivos.** Reportar un caso clínico radiológico de poliorquidismo. **Material y métodos.** Se realizó una revisión bibliográfica de tumores testiculares bilaterales, poliorquidismo y tumores en gónadas supernumerarias. **Resultados.** Hasta 2009 existían aproximadamente 100 casos de poligonadismo testicular en la literatura mundial. La incidencia de tumores testiculares bilaterales es de 2-5%, siendo más frecuentes las formas sincrónicas respecto a las metacrónicas (75% de los casos). El tiempo medio de aparición es de cinco años. La concordancia histológica de los tumores bilaterales es de 50%. El poliorquidismo no se asocia a alteraciones cromosómicas. El 60% de los casos es de localización izquierda. Su presencia se asocia con cáncer en tan sólo 6% de los casos. El ultrasonido testicular es una técnica efectiva, no invasiva, en la detección de lesiones gonadales diminutas o incluso no palpables. El aspecto por imagen puede sugerir el origen histológico de la tumoración. **Conclusión.** Los tumores testiculares bilaterales, el poliorquidismo y la presencia de tumor en gónadas supernumerarias, son entidades en sí mismas poco frecuentes; sin embargo, nuestro paciente presentó de manera excepcional todas éstas en conjunto.

39 EL CORAZÓN DEL DEPORTISTA: HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS MÁS COMUNES

Lady Liliana Crespo-Serje, Manuel García-Graullera, Martha Helena Ramos-Ostos
**Servicio de Ecocardiografía, **Dirección Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento, Médica Sur.*

Introducción. La práctica de deportes de alto rendimiento produce adaptaciones en el aparato cardiovascular que se manifiestan a través de diversos cambios clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos, los cuales se detectan en el examen general del atleta. Los cambios en el corazón del deportista se manifiestan como resultado de modificaciones morfológicas, funcionales y en el sistema nervioso autónomo. El electrocardiograma puede presentar trastornos del ritmo, de la conducción auriculoventricular e intraauricular y ventricular, aumentos de voltaje del QRS y alteraciones diversas de la repolarización ventricular. Los cambios morfológicos detectados por ecocardiografía, por lo general, no son muy manifiestos y están relacionados con aumentos en las dimensiones cavitarias y en los espesores parietales, disfunción diastólica y aumento de volúmenes intracavitarios. En últimas fechas se ha utilizado la nueva tecnología para evaluar los hallazgos tempranamente en deportistas de alto rendimiento y atletas convencionales para predecir daño estructural temprano y así evitar complicaciones a mediano plazo. **Objetivos.** Estudiar con ecocardiografía a los atletas: futbolistas de alto rendimiento de la Federación Mexicana de Fútbol, maratonistas, para valorar cambios ecocardiográficos tempranos y su repercusión funcional. **Material y métodos.** Se estudiaron 120 atletas (futbolistas profesionales) con edad media de 17 ± 5.9 años y comparados con 63 individuos normales, igualados por edad y sexo que practicaban ejercicio aeróbico convencional. Se determinaron medidas ecocardiográficas comunes: grosores de paredes, dimensiones de cavidades, volúmenes, función sistolodiastólica por métodos convencionales y por Doppler tisular, strain bidimensional, por cuantificación acústica y técnica del speckle tracking en 12 segmentos del ventrículo izquierdo, a los cortes apicales de cuatro y dos cámaras. Se indexaron los valores a la superficie corporal. **Resultados.** Los atletas evaluados presentaron valores aumentados en los diámetros, principalmente telstístico del VI, en 15% también hubo aumento de volúmenes especialmente de ventrículo derecho y atrios, en 18% igualmente se encontraron alteraciones en la función diastólica basal a pesar de ser en su mayoría pacientes jóvenes, manifestados por tiempo de relajación alargado, tiempo de desaceleración de E aumentado y en 5% incremento en presiones de llenado del ventrículo izquierdo; los valores de strain bidimensional de 14.9 a 24.9%. Los valores medios del strain por región en los atletas analizados, fueron: 17.1% (región basal), 19.2% (región medial), 23.3% (región apical), evidenciando un aumento significativo de la deformidad miocárdica de la base hacia el ápice ($p < 0.005$). No se observaron diferencias significativas al comparar los valores encontrados en atletas con los del grupo de individuos que practicaban ejercicio convencional. **Conclusión.** En futbolistas profesionales y en atletas que hacen ejercicio aeróbico se observa un incremento de las dimensiones internas del ventrículo derecho del espesor de su pared libre, adquiriendo una forma más redondeada y con mayor evidencia de la trabeculación del mismo y de la banda moderadora, además del incremento del diámetro de la aurícula derecha y la vena cava, lo cual se produce de forma proporcional al incremento del ventrículo izquierdo con similar comportamiento de la relación E m/A m en anillo mitral por Doppler pulsado tisular, indican función sistólica y diastólica elevadas que caracterizan una dirección funcional del entrenamiento; los valores del strain bidimensional miocárdico del VI varían entre 15 y 25%, aumentando de la base hacia el ápice ventricular, observándose el mismo comportamiento en la población normal.

MEDICINA INTERNA

40 DISFAGIA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE CARCINOMA TÍMICO

Gerardo Akram Darwich Del Moral, José Manuel Ruiz-Morales, Rita Dorantes-Heredia, Óscar Gerardo Arrieta-Rodríguez
Unidad de Oncología Médica, Médica Sur

Introducción. El carcinoma tímico es un tipo de neoplasia epitelial de timo caracterizado por un alto potencial maligno. Se desconocen su prevalencia e incidencia exactas. Representa 1% de las neoplasias malignas de timo y ocurre a cualquier edad, aunque más frecuentemente entre los 30 y 60 años. Los pacientes pueden ser asintomáticos pero, generalmente, presentan síntomas a nivel torácico (tos, dolor), parálisis del nervio frénico o síndrome de la vena cava superior. Al contrario que los pacientes con timoma, la *Myasthenia gravis* o los síndromes paraneoplásicos se observan raramente. **Caso clínico.** Hombre de 41 años de edad sin antecedentes de importancia, inició su padecimiento con disfagia tanto a sólidos como líquidos, sin horario específico u otras manifestaciones. Se tomó dentro del abordaje una placa de tórax simple que demostró un aumento del volumen mediastinal anterior y superior de 10 x 10 cm. Así como derrame pleural izquierdo de 20%. PET-CT con neoformación mediastinal hipermetabólica asociado con adenopatías peritumorales y una supraclavicular izquierda. Se realizó una resección parcial en cuña con reporte de neoplasia tímica rica en linfocitos compatible con carcinoma tímico. Debido a lo anterior e imposibilidad de resección quirúrgica completa, se inició neoadyuvancia con quimioterapia a base de ciclofosfamida, cisplatino y adriamicina. **Discusión.** El carcinoma tímico se diagnostica por exclusión, ya que no existen signos morfológicos, inmunohistoquímicos, ultraestructurales o citogénico/moleculares que sean patognomónicos de este tumor. Histológicamente los tumores pueden parecerse a los tumores que surgen con frecuencia en otros órganos. Por esta razón, el diagnóstico sólo puede establecerse por exclusión, demostrando, a través del historial clínico y de análisis clínico, radiográfico y endoscópico, la ausencia de un tumor primario en otra parte del cuerpo. **Conclusión.** La base del tratamiento de los carcinomas tímicos es la cirugía, en el caso de que estas lesiones sean irresecables en un primer intento, se puede obtener beneficio con la neoadyuvancia, buscando reducción de carga tumoral y una cirugía curativa. Si lo anterior no es posible, los pacientes pueden beneficiarse del uso concomitante de quimio-radioterapia.

41 CARCINOMA UROTELIAL Y CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES METASTÁSICO

Gerardo Akram Darwich del Moral, José Manuel Ruiz-Morales, Rita Dorantes-Heredia, Daniel Motola-Kuba
Unidad de Oncología Médica, Médica Sur

Introducción. Los segundos primarios son comunes en pacientes con tumores de cabeza y cuello, colon y recto. Rara vez los tumores de la vía urinaria, especialmente los uroteliales, desarrollan posteriormente segundos primarios en tiroides. **Caso clínico.** Mujer de

57 años con antecedente de carcinoma urotelial metastásico y posteriormente en el seguimiento un carcinoma papilar de tiroides metastásico. Hipertensión arterial sistémica en tratamiento, insuficiencia cardiaca desde septiembre 2013. Antecedentes quirúrgicos: amigdalotomía a los cinco años, histerectomía por miomatosis uterina + ooforectomía izquierda en 2005. Nefrectomía en octubre de 2012 por tumor renal, requirió hemotransfusión con dos paquetes globulares. Nódulo pulmonar izquierdo + PO resección en cuña de nódulo pulmonar en abril 2013. Su padecimiento oncológico inició en octubre de 2012, nefrectomía izquierda + ureterectomía ipsilateral por presencia de tumoración. Reporte de carcinoma urotelial de alto grado. Recibió pseudoadyuvancia por seis ciclos, último 31 de agosto 2013 a base de gemcitabina y carboplatino. Posterior al tercer ciclo de quimioterapia inició con disnea y edema bimalear, secundario a insuficiencia cardiaca G IV con edema agudo pulmonar + cardiotoxicidad y mielotoxicidad (trombocitopenia + anemia) requirió ventilación mecánica asistida. En noviembre 2013 se le realizó PET-CT de seguimiento en el que se observó aumento de la actividad metabólica a nivel de tiroides con tumor de 4 cm. En menor grado en ganglios mediastinales, peripancreáticos y retroperitoneales. BAAF: cáncer papilar de tiroides de células altas. El 17 de diciembre se realizó tiroidectomía total con reporte: carcinoma papilar de tiroides variante células altas en lóbulo derecho de 2 cm de diámetro. Bocio coloide en lóbulo izquierdo. Posteriormente sin sustitución hormonal, con TSH de enero 2014: 150 μ UI/mL. Se administró yodo radioactivo a dosis ablativas. **Discusión.** Los tumores uroteliales en ocasiones pueden tener diferenciación papilar, y se consideran agresivos una vez metastásicos. En el caso de esta paciente se logró resección de toda la enfermedad y control sistémico con quimioterapia adyuvante. Posteriormente en el PET-CT se identificó lo que inicialmente se pensó que era una recurrencia, pero fue un tumor de naturaleza indolente como son los papilares de tiroides. Es rara esta asociación metacrónica entre ambos tumores, y no reportada en la literatura actualmente. En este caso, se ejemplifica la utilidad del PET-CT para identificar lesiones nuevas en el seguimiento de los pacientes. En la revisión de la literatura parece que la aparición del segundo primario tiroideo incluye alteraciones en la vía p53 y MAPKinasas. **Conclusión.** Los tumores uroteliales y papilares de tiroides tienen tratamientos muy diferentes y no ha sido reportada una asociación directa entre ambos. Es posible una correlación entre las vías de señalización intratumoral que hayan desencadenado la presencia de un segundo primario.

42 TUMOR CARCINOIDE RENAL

Gerardo Akram Darwich del Moral, José Manuel Ruiz-Morales, Rita Dorantes-Heredia, Dan Green-Renner
Unidad de Oncología Médica, Médica Sur

Introducción. Los tumores carcinoides son poco comunes, de crecimiento lento, que se originan en las células del sistema neuroendocrino difuso. Se presentan con mayor frecuencia en los tejidos que se derivan del intestino embrionario. Los tumores del intestino primitivo anterior, los cuales constituyen hasta 25% de los casos, surgen en el pulmón, timo, estómago o duodeno proximal. Se consideran excepcionales los casos de neuroendo-

crinos originados en riñón con pocos casos reportados a la fecha.

Caso clínico. Hombre de 37 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial sistémica. Inició padecimiento actual desde mayo 2005 con episodios intermitentes de hematuria, sin tratamiento específico. USG renal y vía urinaria sin alteraciones. En diciembre 2012 hematuria y coágulos, por lo que acudió a Urgencias donde se realizó una TC de abdomen con riñón derecho normal y riñón izquierdo con zonas quísticas, sólidas y con calcificaciones en relación con proceso infiltrativo, tumor de 8.5 x 7 cm. No se identificaron sistema pielocaliceal ni uréter izquierdo. Se realizó nefrectomía radical y disección ganglionar para aórtica izquierda. El reporte definitivo fue de un tumor primario neuroendocrino carcinoide renal. **Discusión.** Los tumores neuroendocrinos son raros, y se originan principalmente del tracto gastrointestinal y pulmones. Se clasifican de acuerdo con su fisiopatología en funcionales y no funcionales, cuando secretan o no hormonas-péptidos vasoactivos que provocan ciertos síntomas en algunos pacientes. En el presente caso, el tumor no producía ninguna hormona que indujera síntomas al paciente. Menos de 1% de los tumores renales son neuroendocrinos, debido a la ausencia de células neuroendocrinas *per se* en riñón. El primer caso de un primario carcinoide renal fue reportado en 1966, y actualmente hay menos de 80 publicaciones en la literatura. Son tumores indolentes de gran tamaño cuando se diagnostican. **Conclusión.** Los tumores neuroendocrinos se consideran una rareza sobre todo cuando son primarios de riñón. El tratamiento de estos tumores es la resección quirúrgica y vigilancia posterior.

43

SARCOMA MIOFIBROBLÁSTICO DE MANO

José Manuel Ruiz-Morales, Rita Dorantes-Heredia,
Daniel Motola-Kuba
Unidad de Oncología Médica, Médica Sur

Introducción. Los sarcomas corresponden a menos de 1% de los tumores sólidos reportados. Existen más de 100 variedades de sarcomas descritos. Una variedad rara son los sarcomas con diferenciación miofibroblástica, y se consideran excepcionales en carpo. **Caso clínico.** Mujer de 22 años de edad sin antecedentes de importancia. Treinta meses previos fractura de carpo derecho secundario a esfuerzo mínimo. Recibió sólo manejo conservador, pero debido a la persistencia del dolor acudió con especialista en mano quien solicitó resonancia magnética de la misma. Reportó lesión lítica del primer metacarpiano derecho. Fue llevada a cirugía con reporte definitivo de sarcoma miofibroblástico de alto grado sin invasión linfovascular. Inmunotinciones para músculo liso y calponina intensas y difusamente positivas. Posterior a la resección y colocación de injerto, recibió radioterapia adyuvante 48 Gy en 24 sesiones y 39 días. Al momento de este reporte sin evidencia de actividad tumoral. **Discusión.** Los sarcomas miofibroblásticos son parte de un espectro de tumores mesenquimatosos malignos que muestran diferenciación miofibroblástica. Ocurren principalmente en regiones de cabeza y cuello y son menos frecuentes en miembros, tórax y cavidad abdomino-pélvica. La base del tratamiento de este tipo de tumores es la resección quirúrgica, con intención de resecar todo el tejido maligno posible. Posteriormente se benefician de terapia local como radio-terapia para evitar recurrencias locales de la enfermedad, en este caso, ambas modalidades de

tratamiento fueron empleadas. El uso de quimioterapia adyuvante en los sarcomas es controversial debido a la resistencia intrínseca de estas neoplasias a los agentes citotóxicos. **Conclusión.** Esta paciente recibió un tratamiento quirúrgico y radioterapia como adyuvancia para control local a mediano y largo plazo. Requiere de un seguimiento estrecho los primeros años con resonancia magnética.

44

COMPRESIÓN MEDULAR POR TUMOR GERMINAL

José Manuel Ruiz-Morales,* Rita Dorantes Heredia,*
Jerónimo Rafael Rodríguez Cid,* Ernesto Roldán Valadez**
**Unidad de Oncología Médica, **Unidad de Imagenología, Médica Sur*

Introducción. Los tumores germinales de testículo son neoplasias raras mundialmente, actualmente con gran potencial curativo por nuevos medicamentos de quimioterapia que permiten a los pacientes sobrevivir a esta enfermedad. El principal patrón metastásico de estas neoplasias es a ganglios retroperitoneales y pulmón. Menos de 1% de estos tumores metastatizan a hueso y son anecdóticos los casos de compresión medular. **Caso clínico.** Se reporta el caso de un hombre de 21 años de edad con diagnóstico de tumor germinal mixto de testículo derecho que ingresó a Urgencias por paraplejía a nivel de T10 por síndrome de cauda equina secundario a metástasis. En septiembre 2013 notó tumoración en testículo derecho. USG con reporte de tumor testicular, se realizó orquiectomía. RHP: tumor germinal mixto de 6 cm de eje mayor, abundante necrosis, infiltración hasta cordón espermático: componente de carcinoma embrionario 50%, tumor de saco vitelino 30%, seminoma clásico 20% con permeación vascular y linfática (pT3). Acudió a valoración el 28 de septiembre. Ese día se solicitaron marcadores tumorales y estudios de extensión (TC tórax-abdomen). El lunes 30 de septiembre fue valorado nuevamente por paresia de ambas miembros pélvicos. Debido a lo anterior, se realizó IRM con datos de enfermedad metastásica con múltiples nódulos pulmonares bilaterales, lesiones hiperintensas en T1-5 y T 11-12, involucra el neuroforamen ipsilateral, espacio paraespinal bilateral, y disminuye la amplitud del conducto raquídeo hasta en 90%, condiciona hiperintensidad medular de estos niveles. Debido a lo anterior se decidió iniciar dexametasona y laminectomía descompresiva a cargo de neurocirugía. El paciente recuperó función al 100% e inició quimioterapia curativa a base de bleomicina, etopósido y cisplatino. **Discusión.** Los tumores germinales se clasifican en dos grandes grupos: seminomatosos y no seminomatosos. El tratamiento es muy diferente de acuerdo con cada uno de los grupos, sobre todo en etapas muy tempranas. Este paciente se benefició de una intervención quirúrgica temprana, en un evento excepcional por la rareza de la metástasis en compresión medular. Sólo existen reportes de caso en la literatura y el abordaje va desde descompresión medular hasta sólo el uso de quimioterapia por la gran sensibilidad de estos tumores a los agentes citotóxicos. **Conclusión.** Los tumores germinales mixtos son tumores raros, cuyos patrones de metástasis son ganglios linfáticos regionales y pulmón. Rara vez metastatizan a columna vertebral. Ante esta situación, el paciente debe de someterse a descompresión quirúrgica e iniciar tratamiento con agentes de quimioterapia por el potencial curativo de estos tumores con medicamentos modernos.

45

ADENOMA PAPILAR ONCOCÍTICO PULMONAR, REPORTE DE DOS CASOS

José Manuel Ruiz-Morales, Rita Dorantes-Heredia,
Daniel Motola-Kuba
Unidad de Oncología Médica, Médica Sur.

Introducción. El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. Los tumores malignos con histología papilar oncocítica se presentan principalmente en tumores primarios de tiroides, riñón y glándulas salivales. El adenocarcinoma es el tipo histológico más predominante de todos los tumores primarios de pulmón; sin embargo, existen varios subtipos histológicos del adenocarcinoma, uno de ellos es el oncocítico papilar, el cual es poco frecuente. **Caso clínico.** Caso 1. Mujer de 59 años de edad con antecedente de tabaquismo durante 15 años. Como antecedentes de importancia refirió hipertensión arterial de larga evolución y síndrome depresivo, ambos bajo tratamiento médico y con buen control. Inició su padecimiento tres meses previos a acudir a esta institución con dolor en hombro izquierdo progresivo hasta ser incapacitante. Acudió con médico, el cual al realizar estudio radiográfico encontró como hallazgo incidental un nódulo pulmonar solitario retrocardíaco en lóbulo inferior de pulmón izquierdo. Se realizó tomografía, la cual mostró la presencia de nódulo único a nivel del segmento antero-medial del lóbulo inferior del pulmón izquierdo, lobulado, sin evidencia de aumento de volumen en ganglios mediastinales ni lesiones a otro nivel. Se realizó biopsia percutánea guiada por tomografía de la lesión, en la cual se dio reporte histopatológico de carcinoma papilar oncocítico metastásico con probable primario en glándula tiroides. Se realizó ultrasonido de glándula tiroides que no mostró ninguna alteración en la anatomía. Por la presencia de un tumor maligno único en pulmón sin evidencia de metástasis a órganos distantes se decidió tratamiento quirúrgico a base de lobectomía pulmonar inferior izquierda sin complicaciones. Caso 2. Hombre de 65 años de edad con antecedentes de tabaquismo durante 20 años (IT 20) e hipertensión arterial sistémica. Un mes antes presentó tos y expectoración que mejoró parcialmente con antibióticos, durante su seguimiento se tomó placa de tórax que documentó tumor de 8 x 8 cm en lóbulo superior izquierdo. PET-CT sin datos de enfermedad a distancia. Se sometió a lobectomía y disección ganglionar que reportó adenocarcinoma papilar oncocítico, sin enfermedad metastásica a ganglios. **Discusión.** Series de casos de tumores oncocíticos primarios de pulmón han demostrado una incidencia por género mujer-hombre de 2:1, con medianas de edad de 75 años (rango de 47-81) y antecedente de tabaquismo en 88% de los pacientes. Los síntomas y signos referidos principalmente son tos, falta de aire y dolor torácico. El porcentaje de diagnóstico en estadio I fue de 88%, 11% en estadio II y 11% en estadio III. El 99% de las lesiones son periféricas como lesiones únicas, predominando en lóbulos izquierdos en 56% de los casos. **Conclusión.** El adenocarcinoma papilar oncocítico primario de pulmón ha demostrado ser un tumor de buen pronóstico principalmente al ser detectado en estadios tempranos. La resección quirúrgica llega a ser curativa en un elevado porcentaje de los pacientes con enfermedad en estadios tempranos.

46

FIBRILACIÓN AURICULAR COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Daniel Aguilar-Zapata,* Octavio González-Chon,**
Lidia Moreno-Castañeda,* Norberto Carlos Chávez-Tapia,***
Sandra García-López,* Carlos Alberto Bogard-Fuentes*
* *Medicina Interna*, ***Anestesiología Cardiovascular*.
*** *Servicio de Enfermedades Digestivas y Obesidad*.
**** *Unidad de Cuidados Coronarios, Médica Sur.*

Introducción. La fibrilación auricular (FA) coexiste con los síndromes coronarios agudos (SICA). Los predictores para FA en el contexto de los SICA son: edad avanzada, síntomas de insuficiencia cardíaca y una función ventricular disminuida. La FA en asociación al SICA incrementa la mortalidad secundaria a enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca. **Objetivo.** Determinar la morbimortalidad de los pacientes con FA en coexistencia con un SICA. **Material y métodos.** Estudio de casos y controles, llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Médica Sur. Se definió como casos aquellos pacientes que presentaron FA al ingreso o durante su estancia hospitalaria. El desenlace primario fue mortalidad. Las variables continuas se analizaron con T de Student y las categóricas con χ^2 . Se realizó análisis de regresión logística univariado y multivariado para identificar factores de riesgo para presentar FA y muerte. **Resultados.** Se incluyeron 239 pacientes con diagnóstico de SICA, 22 pacientes con FA (12 con SICASEST y 10 con SICAEST). Los pacientes con SICA y FA presentaron mayor edad en comparación con el grupo sin FA (68 vs. 60 años, $p = 0.002$). Los pacientes con FA presentaron con mayor frecuencia diabetes (59 vs. 31%, $p = 0.016$), e insuficiencia cardíaca (59 vs. 35%, $p = 0.036$). Los factores de riesgo para presentar FA fueron: edad mayor a 55 años (OR 10.5, IC95% 1.38-79.62), diabetes (OR 3.14, IC95% 1.28-7.7) y tabaquismo (OR 2.66, IC95% 0.959-7.497). La FA es un factor de riesgo independiente de mortalidad (OR 8.36, IC95% 1.7-40.17). **Conclusión.** La FA en pacientes con SICA es un factor de riesgo independiente de muerte. La edad, diabetes y tabaquismo se asocian a la presencia de FA en este grupo de pacientes.

47

SÍNDROME DE HAMMAN RICH: PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Diego Araiza-Garaygordobil, Itzel González-Martínez,
Ricardo Barajas-Campos, Oliver Pérez-Bautista
Medicina Interna, Médica Sur

Introducción. El síndrome de Hamman-Rich es una enfermedad pulmonar intersticial idiopática caracterizada por disnea de inicio súbito que progresa rápidamente a insuficiencia respiratoria y fibrosis pulmonar terminal. **Caso clínico.** Hombre de 67 años de edad, sin antecedentes de importancia. Se presentó a Urgencias con disnea, insuficiencia respiratoria y fiebre. La TC de tórax en donde se demuestra infiltrado mixto alvéolo-intersticial difuso.

Fue tratado de forma empírica con antibióticos de amplio espectro. Se le realizaron cultivos de secreciones orgánicas, panel viral, pruebas para influenza, perfil de hepatitis, perfil reumatológico, con resultados negativos. Se descartó fístula GI-traqueal mediante trago de bario. Un ECO-TT reportó FEVI 58%, disfunción diastólica tipo 1. Se realizó biopsia pulmonar por toracotomía, donde se demostró daño alveolar difuso. Previo a su fallecimiento el paciente presentaba SatO₂ de 74% con puntas nasales de alto flujo con FiO₂ al 100%, con descensos hasta 50% ante la actividad física mínima en cama. Falleció por paro cardiorrespiratorio en su séptima semana de internamiento. **Discusión.** Desarrollo. El síndrome Hamman Rich es una enfermedad pulmonar sin causa aparente. El hallazgo de daño alveolar difuso es necesario para el diagnóstico, así como la exclusión de otras causas de SDR. El tratamiento se basa en corticoesteroides e inmunosupresores. Hacen falta estudios controlados donde se demuestre la efectividad de las intervenciones comúnmente realizadas. La mortalidad es alta: de entre 50 hasta 100%. **Conclusión.** Una alta sospecha clínica es indispensable para el diagnóstico y tratamiento, lo cual podría mejorar la supervivencia del paciente con síndrome de Hamman Rich.

48

LINFOMA ANAPLÁSICO ALK NEGATIVO PRIMARIO DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. REPORTE DE UN CASO

Vanessa Cano-Nigenda, Alejandro Zavala-Reina, Josune Echevarría-Keel, Brenda Viridiana Balderas-Garcés, Sandra García-López, Magali Herrera-Gomar, Carlos Roberto Gutiérrez-González
Medicina Interna, Médica Sur

Introducción. Los linfomas primarios del sistema nervioso central (SNC) son una variedad poco frecuente de linfomas no Hodgkin (LNH) que constituyen alrededor de 4% de los tumores del SNC y entre 1-2% de todos los linfomas malignos no hodgkinianos. Dentro de ellos, una variedad rara es el linfoma anaplásico, representando 5% de todos los LNH; con el uso de criterios clínicos y moleculares se han identificado tres entidades de linfoma anaplásico: linfoma anaplásico ALK positivo (+), ALK negativo (-) y el linfoma anaplásico cutáneo primario. Se presenta el caso de una paciente con linfoma anaplásico de células grandes variedad sarcomatoide CD30+, CD45+, CD20- y ALK negativo, por ser una patología poco frecuente. **Caso clínico.** Paciente femenino de 47 años, sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento con dolor retro-ocular y cefalea frontotemporal derecha de tipo pulsátil, se realizó estudio de imagen por resonancia magnética (IRM) de cráneo, el cual reportó captación anormal tumoral extra axial dependiente del tercio medio del ala menor del esfenoides derecho, recibió manejo con esteroides y anticonvulsivantes. Se realizó PET-CT donde se observó lesión intracerebral extra axial derecha con compresión de la fosa temporal y en radio de la órbita. Por lo anterior, se realizó craneotomía fronto-órbita-temporal derecha con durosotomía, resección de la tumoración y retiro de fragmento tumoral intraconal y descompresión de nervio óptico y músculos intraorbitarios, con reporte histopatológico de linfoma anaplásico de células grandes variedad sarcomatoide CD 30+, CD45+, CD 20-, ALK negativo. IRM posquirúrgica con persistencia de lesión dependiente del ala mayor del esfenoides derecho, con extensión a la porción intraconal de la órbita derecha con involucro de músculos recto superior y lateral. Se inició tratamiento con radioterapia, metotrexate y quimioterapia a base de vorinostat y citarabina. **Conclusión.** El linfoma anaplásico ALK- es una patología poco

frecuente que se presenta en personas alrededor de 65 años y que tiene peor pronóstico (supervivencia < 12.5% a los cinco años) comparado con el ALK+. En el caso de nuestra paciente se observó pobre respuesta al tratamiento.

49

SÍNDROME DE HIPOTENSIÓN/HIPOVOLEMIA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO SEVERO SECUNDARIO A FÍSTULA ESPINAL ESPONTÁNEA. REPORTE DE UN CASO

Vanessa Cano-Nigenda, Alejandro Zavala-Reina, Josune Echevarría-Keel, Brenda Viridiana Balderas-Garcés, Sandra García-López, Magali Herrera-Gomar, Carlos Roberto Gutiérrez-González
Medicina Interna, Médica Sur

Introducción. El síndrome de hipotensión/hipovolemia de líquido cefalorraquídeo (SHLCR) resulta de la disminución de la presión y volumen de líquido cefalorraquídeo (LCR), secundario a pérdida del mismo, generalmente debido a una fístula dural espinal de LCR. Su prevalencia es de 5/100,000 habitantes. El 10% puede presentar complicaciones graves como hematomas subdurales, que pueden requerir manejo quirúrgico urgente. **Caso clínico.** Masculino de 39 años sin antecedentes de importancia, presentó síndrome de hipotensión de LCR, con cefalea ortostática holocraneana intensa. Se realizó imagen por resonancia magnética (IRM) de cráneo y médula espinal, sin hallazgos significativos, manejándose conservadoramente. Tres semanas después continúa con cefalea, se reinició reposo e hidratación. Cinco días después cambió el patrón de la cefalea, sin datos de focalización. Nueva IRM de cráneo documentó hematoma subdural fronto-temporo-parietal izquierdo, desviación de línea media, hernia uncal, reforzamiento paquimeningeo y pseudo-Chiari (herniación de amígdalas cerebelosas), así como disminución del volumen de LCR, manejo con craneostomía frontal y parietal izquierda y drenaje del hematoma. Posquirúrgico inmediato asintomático, 48 h posquirúrgicas presentó disfasia mixta con fluctuaciones, agitación, errores de juicio y paresia fluctuante de mano derecha, se realizó nueva IRM de cráneo con cambios posquirúrgicos, hemorragia subaracnoidea frontoparietal izquierda Fisher I y neumoencefalo, la difusión no mostró alteraciones, el electroencefalograma (EEG) mostró actividad delta frontal rítmica intermitente izquierda. La sintomatología continuó con múltiples fluctuaciones, 24 h después nueva IRM cráneo-secuencia de difusión sin datos de isquemia, nuevo EEG mostró mayor lentificación izquierda, por lo que se realizó Doppler transcraneal, mostrando datos de vasoespasma severo de arteria cerebral media izquierda (ACMI), con velocidad sistólica máxima (VSM) de 240 cm/s; se inició manejo con nimodipino, hemodilución, hipervolemia e hipertensión, disminuyendo VSM de ACMI hasta valores normales en 48 h y con mejoría progresiva de disfasia y paresia de mano derecha hasta su resolución. Diez días después de su ingreso se realizó mielotomografía, encontrándose fístula de LCR a nivel de C1-C2, se colocó parche hemático autólogo de forma exitosa, con resolución de la cefalea. El paciente egresó asintomático y asignológico. **Conclusión.** El SHLCR es una patología sub-diagnosticada y considerada generalmente como una entidad benigna. El presente caso muestra que esta entidad nosológica no siempre responde a manejo conservador y que puede tener complicaciones severas que comprometen la vida y funciones de los pacientes, por lo que una rápida intervención médico-quirúrgica y una documentación adecuada de la

fístula son indispensables para contribuir a mejorar el pronóstico. La literatura reporta que las fístulas espontáneas de LCR espinales son más frecuentes en la región torácica, en el presente caso la fístula se localizó a nivel cervical.

50

¿ENDOCABLITIS? INFECCIONES QUE INVOLUCRAN DISPOSITIVOS CARDIACOS IMPLANTABLES

Juan Antonio Echeverría-Vargas, Karina Hernández-Ayala, Scarlett Fest-Parra, Lorena Cabrera-Ruiz, Luis Enrique Soto-Ramírez, Rafael Vidal-Tamayo
Medicina Interna, Médica Sur

Introducción. Como todo cuerpo extraño, los dispositivos cardiacos implantables se pueden infectar. Las infecciones profundas de estos dispositivos incluyen aquellas donde está involucrada la porción transvenosa de los cables de los mismos. La incidencia real de estas infecciones se desconoce, pero de los episodios registrados, cerca de 90% son ocasionados por *S. aureus* y estafilococos coagulasa negativos. **Caso clínico.** Se describe un caso que no aceptó manejo quirúrgico. Paciente masculino de 77 años con antecedente de DM tipo 2, HTA, colocación de marcapasos en 2003, con posterior cambio de fuente en enero 2013. Diagnóstico de endocarditis en abril 2013 tratada con ceftriaxona por tres semanas, retiro de fuente de marcapaso sin poder retirar los cables y colocación de uno epicárdico. Ingresó en diciembre de 2013 por neuroglucopenia inducida y fiebre. Durante su internamiento se diagnosticó influenza y se aisló *Staphylococcus aureus* en hemocultivos. Un ecocardiograma transesofágico documentó vegetación de 15 x 4-5 mm a la salida del cable atrial, dándose manejo antimicrobiano con dicloxacilina y gentamicina y rechazándose el manejo quirúrgico ante las posibles complicaciones. Se egresó con dicloxacilina oral y se mantuvo afebril, pero con elevación de marcadores inflamatorios. La infección de los cables transvenosos de un marcapaso se considera esencialmente una endocarditis derecha, la cual se presenta generalmente de manera subaguda, requiriendo del retiro del dispositivo como tratamiento definitivo. Ante la imposibilidad del uso de dispositivos endovasculares, actualmente en nuestro país el manejo sólo puede ser quirúrgico con elevada morbimortalidad o médico a largo plazo con resultados inciertos.

51

DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE ESCLEROSIS CONCÉNTRICA DE BALÓ MEDIANTE TRACTOGRAFÍA POR TENSOR DE DIFUSIÓN: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN

Juan Nader-Kawachi, María de la Luz Andrade-Magdalenó, Carlos Peñaherrera, Yeni Fernández, Isabel Lavenant
Medicina Interna, Médica Sur

Introducción. Esclerosis concéntrica de Baló (ECB) variante infrecuente de enfermedad desmielinizante relacionada con esclerosis múltiple (EM) inicialmente considerada de curso agudo y progresión fatal. Se ha logrado reproducir la imagen tridimensional de un fascículo en particular y observar la presencia de lesiones con

la tractografía por IRM mediante la técnica de tensor de difusión (t-IRM). **Caso clínico.** Mujer joven sin antecedentes de importancia, que se presenta con síntomas focales agudos, progresivos, cuyo diagnóstico por biopsia fue de ECB, coincidiendo con el resultado en estudios de imagen. Se realizó IRM de cráneo que mostró imagen ovoidea de localización cápsulo-putaminal izquierda, hiperintensa en difusión, FLAIR y T2, hipointensa en T1 con realce anular posterior a la aplicación de gadolinio. Se realizó t-IRM, observando cambios en sentido vertical en el haz corticoespinal (CE) a nivel de ventrículos laterales, por destrucción de las vainas de mielina. La tractografía mostró ruptura de fibras a nivel de la lesión capsuloputaminal izquierda. Se realizó biopsia estereotáctica que reportó desmielinización con preservación relativa de los axones, infiltrado inflamatorio linfocitario leve perivascular con escasas células plasmáticas, pérdida de astrocitos y fagocitosis de detritus celular y mielina fragmentada. Se observaron focalmente astrocitos atípicos con patrón cromatínico de mitosis anormal, astrocitos de Creutzfeldt. Se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona mejorando ostensiblemente. Se egresó a los 13 días de estancia hospitalaria. **Conclusión.** El artículo corresponde a una forma no fatal de ECB, con buena respuesta al tratamiento temprano con glucocorticoides. Como aportación original se resalta la importancia de la tractografía por tensor de difusión para el diagnóstico y tratamiento temprano.

52

LINFOMA PRIMARIO DE SNC NO ASOCIADO A VIH: REPORTE DE CASOS

Juan Antonio Echeverría-Vargas, Guillermo Salvador García-Ramos, Felipe Vega-Boada
Medicina Interna, Médica Sur

Introducción. Descrito por primera vez en 1929, bajo el nombre de sarcoma peritelial, se considera como la presencia de linfoma maligno extranodal que emerge en el SNC en ausencia de linfoma fuera del sistema nervioso al momento del diagnóstico. La incidencia se ha incrementado a consecuencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida; sin embargo, en pacientes inmunocompetentes no se ha observado este incremento de forma tan clara. El diagnóstico suele realizarse entre los 45 y 70 años, con afectación igual entre hombres y mujeres. **Caso clínico.** Se describen tres casos de pacientes con LPSNC en los que se descartó infección por VIH y se presentaron durante enero 2004 y enero 2014. La edad de presentación no similar entre los casos, dos de ellos se presentaron en pacientes de sexo femenino. Todos presentaron antecedente de pérdida ponderal y dos de los pacientes contaron con antecedente de parálisis del séptimo par craneal y deterioro cognitivo. Mediante estudios de imagen se observaron múltiples lesiones intracraneales supra e infraentorales, así como ausencia de hipermetabolismo fuera del SNC. No se observaron células linfoides malignas en el análisis de LCR y todos los pacientes requirieron de biopsia estereotáctica. **Conclusión.** El LPSNC es una entidad rara que no cuenta con un cuadro clínico específico, si no es contemplada, su diagnóstico se puede retrasar, teniendo un curso fatal. Con tratamiento oportuno, la supervivencia puede ser hasta de cinco años. La incidencia de esta enfermedad es sumamente baja.

PEDIATRÍA

53

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO NEONATAL

Susana Martínez Nava, Priscilla Tejeda-Ballhaus,
Francisco Ramírez-Santa Rita, Rodrigo Vásquez del Mercado-Cordero
Servicio de Neonatología, Médica Sur

Introducción. El síndrome hemofagocítico es una enfermedad de etiología desconocida, se ha relacionado con un descontrol y respuesta exagerada del sistema inmunológico. Cuenta con una incidencia de 1-2:1,000,000 de niños sin predominio de sexo y ni de edad. Puede ser de dos tipos, familiar o adquirida, en ambas se caracteriza por ser una enfermedad con alteraciones clínicas y de laboratorio secundarias a la liberación elevada de citocinas inflamatorias y de una alta infiltración de linfocitos y de histiocitos en los órganos. Las manifestaciones clínicas incluyen la presencia de síndrome febril, hepatoesplenomegalia, alteraciones de la coagulación, disfunción hepática, trastornos neurológicos y falla orgánica múltiple. El tratamiento es variado, dependiendo de la causa desencadenante. El objetivo es suprimir la hiperinflamación de los síntomas y destruir a las células infectadas presentadoras de antígeno. **Caso clínico.** Paciente masculino (madre de 27 años de edad) sin antecedente de consanguinidad, recibió esteroides prenatales por presencia de RPM de 8 h de evolución, con 32 SDG, obteniéndose sin complicaciones con un Apgar de 8/9 P:1500 g. Se ingresó a la terapia intermedia para manejo del SDR y sepsis temprana requiriendo sólo de manejo conservador con antibióticos por tres días, oxígeno suplementario y cafeína. A sus 11 días de vida presentó datos compatibles con una enterocolitis necrotizante A1, requiriendo ayuno, nutrición parenteral y esquema antimicrobiano, presentando a sus 24 h un deterioro clínico con presencia de CID, hiponatremia, choque séptico, acidosis mixta, requiriendo de ventilación mecánica, alta frecuencia, cambio de esquema antimicrobiano, transfusión de hemoderivados, resolviéndose el cuadro a sus 21 días. Se reportó el cultivo positivo para *Klebsiella pneumoniae*. Se reinició la vía oral por cuatro días sin complicaciones hasta presentar mismo cuadro de deterioro clínico, requiriendo nuevamente asistencia ventilatoria, hemoderivados y una amplia cobertura antimicrobiana y antifúngica. Se sospechó de un síndrome hemofagocítico por presentar más de tres criterios diagnósticos establecidos en el protocolo HLH-2004, como fiebre, esplenomegalia, citopenias (plaquetopenia repetitivas siendo la más baja de $6 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb < 8.8 g/dL), hipertrigliceridemia 245 mg/dL, ferritina elevada, con lo cual se decidió iniciar manejo con gammaglobulina por dos días, metilprednisolona por cinco días y ciclosporina por 39 días, presentando una mejoría clínica. Se reinició la vía oral sin complicaciones; sin embargo, se decidió su traslado de esta institución a un hospital público, con manejo para broncodisplasia pulmonar, encefalopatía multiquistica, síndrome colestásico, insuficiencia renal, hipertensión arterial y con ciclosporina. A sus 74 días de vida (tres semanas posteriores a su traslado) falleció debido a un choque séptico. **Discusión.** El síndrome hemofagocítico es una enfermedad sistémica provocada por altos niveles de liberación de citocinas inflamatorias, por macrófagos en virtud de una estimulación antigénica prolongada, que puede llevar a una falla multiorgánica. Las manifestaciones clínicas son fiebre, hepatoesplenomegalia, citopenias, hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia, ferritina

elevada, linfadenopatías, rash, ictericia y edema. Hay datos clínicos que no son específicos que se pueden presentar de forma inicial en los neonatos como la enterocolitis necrotizante. Hay criterios establecidos en el protocolo HLH-2004, en el que se exigen cinco de ocho criterios clínicos para confirmar su diagnóstico. El tratamiento debe ser multidisciplinario, con medidas de soporte como la restricción hídrica, el apoyo transfusional, aporte de fibrina para mejorar la hemostasia, anticonvulsivantes y vigilancia estrecha en la Unidad de Cuidados Intensivos. Según el protocolo HLH-2004 la incorporación de agentes inmunosupresores y quimioterapéuticos, como la dexametasona, la ciclosporina A y el etopósido, ha logrado supervivencias globales a los tres años, cercanas entre 50 y 70% de los casos. El pronóstico dependerá directamente del tipo de síndrome. En los reactivos a infección, 52% fallecen por infección en la fase de pancitopenia, coagulación intravascular diseminada o falla orgánica múltiple.

54

ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO.
REPORTE DE UN CASO

Mariana López-Mejía M,* C. Chiquito-Freile,**
Rodolfo Bolaños-Reyes,* E. Galván-Bautista*
**Unidad de Pediatría, **Médico Interno de Pregrado, Fundación
Clínica Médica Sur*

Introducción. La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es una entidad poco frecuente generalmente asociada a infecciones virales, manifestada clínicamente con fiebre y linfadenopatía. Conlleva un curso clínico usualmente autolimitado y fue descrita por primera vez en 1972 en Japón. **Caso clínico.** Femenino de 12 años, cinco meses, originaria y residente del D.F., sin antecedentes patológicos de importancia. Inició su padecimiento 14 días antes de su ingreso con fiebre de 39 °C que no cedió por cinco días, por lo que recibió antibiótico (cefalexina) por diagnóstico de IVU, no presento mejoría a siete días y se cambió antibiótico (trimetoprim-sulfametoxazol). Acudió a Urgencias de esta institución por fiebre, pérdida de peso (7 kg en dos semanas), dolor abdominal ENA: 8/10 localizado en epigastrio, tipo punzante, sin irradiaciones, exacerbantes o atenuantes, Giordano izquierdo positivo, presentando palidez de tegumentos y refiriendo astenia, adinamia, anhedonia. A su ingreso estudios de laboratorio reportaron leucocitopenia y neutropenia, deshidrogenasa láctica elevada (549 U/L), además de EGO con leucocituria. Ingresó y se decidió mantenimiento de esquema antibiótico (ceftriaxona) por sospecha de pielonefritis y estudio por neutropenia, fiebre y pérdida de peso. Oncología solicitó gammagrafía donde se observó ganglio axilar izquierdo, bajo anestesia general se realizó aspirado de médula ósea y biopsia de ganglio linfático axilar donde patología reportó: enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (linfadenitis histiocítica necrosante) y aspirado medular sin datos de neoplasia. El panel viral reportó IgG positivo para VEB y parvovirus B19. A dos semanas de su hospitalización se decidió egreso con mejoría de la sintomatología, manteniendo seguimiento en Consulta Externa. **Discusión.** La linfadenitis histiocítica necrosante se observa principalmente en mujeres jóvenes, es causa de fiebre prolongada y tiende a autolimitarse en tres a cuatro meses sin consecuencias. Existen reportes en los pacientes que han pade-

cido esta entidad que se puede desarrollar lupus eritematoso sistémico. Esta entidad representa un diagnóstico difícil y en ocasiones requiere un abordaje multidisciplinario para su confirmación. En

este caso la sospecha diagnóstica inicial fue de linfoma y a través del estudio histopatológico se llegó al diagnóstico de enfermedad de Kikuchi.

PSICOTERAPIA Y PSICOLOGÍA

55

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

María Eugenia Ibarzábal-Ávila,* José Alberto Hernández-Martínez,* Jorge Hernández-Calleros,* Enrique Bernal,* Ana Lilia Córdova,* Julio César López,* Vanessa Manassero,* Angélica Moguel,* Nora Rentería,* Juan Vélez-Escalante,* Martha Helena Ramos-Ostos**
*Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad Infantil. **Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento, Médica Sur.

Introducción. La Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria ha visto en total 48 pacientes con diagnóstico de anorexia nervosa entre noviembre 2005 a marzo 2013, los criterios para llegar al diagnóstico fueron con base en la versión española de la cuarta edición de Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR, publicada por la American Psychiatric Association, Washington DSM, misma que perdió su vigencia en marzo del 2013 cuando apareció la versión del DSM V con criterios diagnósticos diferentes para los trastornos de la conducta alimentaria. **Objetivo.** Conocer la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con anorexia nervosa que acuden a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Médica Sur durante su diagnóstico, apoyar al tratamiento y hacer evaluación de las medidas terapéuticas. **Material y métodos.** Los pacientes acuden a la clínica y se realiza una evaluación integral por médico internista o pediatra según la edad del paciente, psiquiatra, psicoterapeuta individual con aplicación de instrumentos específicos para trastornos de la conducta alimentaria, psicoterapeuta de familia, nutrióloga y fisioterapeuta. Además, estudios de laboratorio y de gabinete como electrocardiograma y escrutinio de muñeca. El médico psiquiatra evalúa a los pacientes a través de una entrevista semiestructurada y la aplicación de cuestionario Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescent Spanish versión M.I.N.I. KID (1.1) January 2000, en niños y adolescentes y el Mini International Neuropsychiatric Interview, Mini International Neuropsychiatric evaluation M.I.N.I. PLUS versión en español 5.0.0 para adultos. **Resultados.** Se han visto 48 pacientes. Género: femeninos, 46 (95.8%); dos (4.1%) masculinos. Área geográfica: 42 (87.5%) metropolitana, seis (12.5%), foránea. Edad: nueve a 13 años, siete (14.5%); 14 a 18 años, 27 (56.28%); 19 a 23 años, ocho (16.6%); 24 a 28 años, dos (4.1%); 29 a 33 años, dos (4.16%); 34 a 38 años, 0; 39 a 43 años, uno (2.08%); 44 a 48 años, 0; 49 a 53 años, 0; 54-57 años, uno (2.08%). Nueve pacientes mayores de 21 años (18.7%). Estudiante, 40 (83.3%); empleado, tres (6.2%), otras, cinco (10.4%). Mayor tiempo de evolución 42 años; menor, dos meses. El promedio es de 3.4 años. Menor índice de masa corporal 14.1, media 17.0. Menor porcentaje de grasa 1.40 con índice de masa corporal de 16.3. Comorbilidad psiquiátrica: 34 pacientes de la muestra tuvieron al menos un trastorno mental comórbido (70.8%), distribuyéndose de la siguiente forma: tras-

torno depresivo mayor, 29 pacientes (60.45%); rasgos obsesivos de personalidad, 10 (20.8%); distimia, siete (14.5%); trastorno de déficit de atención con hiperactividad, uno (2.6%); trastorno de ansiedad generalizado, cinco (10.4%); crisis de angustia con agorafobia, cuatro (8.3%); fobia social, dos (4.1%). **Conclusiones.** Los resultados obtenidos de esta muestra son similares a los reportados por la literatura internacional; inicia en la adolescencia temprana, nuestra población fue menor a 18 años con 70.7%, las pacientes de mayor edad reportaron más tiempo de evolución, iniciaron en la pubertad o adolescencia, lo que indica que aunque asisten a la clínica en edad adulta iniciaron en la adolescencia. Es más frecuente en mujeres (95.8%), la literatura reporta relación 9/1. La comorbilidad más frecuente es el trastorno depresivo mayor con 29 pacientes (60.4%), la literatura reporta de 37 a 60% en estudios longitudinales de hasta 10 años, pero si se suma la distimia que en nuestra muestra se presentó en 14.5%, se tendría 74.9% de pacientes con un trastorno del ánimo; en trastornos de ansiedad se reporta de 40 a 65% en nuestra población, sumando trastorno de ansiedad generalizado con crisis de angustia y fobia social, tenemos un total de 32.8%. Estos resultados son predictivos de la evolución de los pacientes.

56

INTERVENCIÓN PSICO-EDUCATIVA BREVE Y DE EMERGENCIA FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA DESDE UN ENFOQUE RACIONAL EMOTIVO COGNITIVO CONDUCTUAL (RECC)

María Teresa Arvide-Vales
Psicóloga, Práctica Privada, Médica Sur.

La comunicación del diagnóstico de cáncer de mama pone en juego los recursos existentes en las pacientes de acuerdo con diversas variables. Desde un modelo ecológico, van desde las biológicas, ciclo de vida, estilos y hábitos de vida, socioeconómicos y de accesibilidad a los servicios de salud, hasta aquellas socio-culturales que facilitarán o no el despliegue de recursos personales para afrontar las intervenciones médicas y las variaciones cognitivas, emocionales y conductuales que se presentan ante este evento considerado altamente estresante. La Psicología de la Salud propone diversas estrategias desde los modelos cognitivos y conductuales para coadyuvar a los tratamientos médicos en diversos momentos del tratamiento. El presente trabajo propone un esquema psico-educativo, breve y de emergencia previo a la fase de tratamiento e inmediato al diagnóstico, considerado este momento como de alto estrés e impacto emocional y cuyos objetivos serían la adherencia al tratamiento y protocolos médicos; evaluación de posibles problemas psicológicos, psiquiátricos y psicosociales y la derivación a especialistas correspondientes; proveer percepción de eficacia y control sobre la enfermedad y el tratamiento y proporcionar información y orientación a la familia para el apoyo efectivo a las pacientes y al tratamiento médico.